

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

249

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre ROUZAUD

Ancien externe des Hôpitaux.

Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine.

né le 18 Mai 1900, à Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne).

Les Déviations Utérines
et
leur Traitement par Hystéropexie
en Fonction de la Grossesse

UNE TECHNIQUE INÉDITE
D'HYSTÉRO-LIGAMENTOPEXIE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, (v°)

1931

REPORT OF THE BOARD OF DIRECTORS

FOR THE YEAR ENDING DECEMBER 31, 1900

AND FINANCIAL STATEMENT

OF THE

AMERICAN

SAVINGS BANK

OF THE CITY OF NEW YORK

FOR THE YEAR ENDING DECEMBER 31, 1900

AND FINANCIAL STATEMENT

OF THE

AMERICAN

SAVINGS BANK

OF THE CITY OF NEW YORK

FOR THE YEAR ENDING DECEMBER 31, 1900

AND



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Les Déviations Utérines et leur Traitement par
Hystéropexie en Fonction de la Grossesse**

Une technique inédite d'Hystéro-Ligamentopexie

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre ROUZAUD

Ancien externe des Hôpitaux.

Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine.

né le 18 Mai 1900, à Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne).

Les Déviations Utérines
et
leur Traitement par Hystéropexie
en Fonction de la Grossesse

UNE TECHNIQUE INÉDITE
D'HYSTÉRO-LIGAMENTOPEXIE

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, BOULEVARD SAINT-MICHEL, (v°)

1931

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMAND.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BESANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.	CATHALA Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	CHABROL Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	CHEVALLIER . Pathologie médicale.
N. Physiologie.	DE GAUDART
SANNIÉ Chimie biologique.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BRULÉ Pathologie médicale.	DONZELOT ... Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.	ECALLE Obstétrique.
	FEY Urologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE..	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils ..	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-	
RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL ..	Obstétrique
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
RETTETTER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER ..	Clinique médicale.
LAIGNEL-	
LAVASTINE	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.

MM.	
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER ...	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY : Stomatologie.
CHAILLEY-BERT : Education physique.
LEDOUX-LEBARD : Radiologie clinique.
WEILL-HALLE : Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*En me souvenant de tout ce
qu'ils ont fait pour moi. Faible
témoignage de la profonde affec-
tion qui nous a toujours unis.*

A MA FEMME

En gage de mon profond amour.

A MES ENFANTS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris

Accoucheur de la Clinique Baudeloque

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

*Que nous tenons à remercier
du grand honneur qu'il a bien
voulu nous faire en acceptant de
présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORTES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Que nous remercions bien vivement d'avoir voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse et des marques d'amitié qu'il nous a prodiguées.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS

Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui n'a jamais manqué de nous conseiller avec bienveillance, et dont l'enseignement nous a été grandement profitable.

En témoignage de respect et de vive reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL SENECHAL

Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a toujours amicalement guidé de ses conseils; nous sommes heureux de le remercier de toute la confiance qu'il nous a témoignée en nous engageant constamment à collaborer étroitement à ses côtés.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse pour laquelle il nous a donné la matière essentielle.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GARRELON

Chef des Travaux Pratiques de Physiologie
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui nous tenons à adresser
tous nos remerciements pour l'affec-
tueuse sympathie qu'il nous
a toujours témoignée.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PIGNOT

Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui ira toujours notre recon-
naissance pour les conseils qu'il
nous a prodigués et pour les
marques de vive amitié qu'il nous
a données.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Professeur de Clinique Propédeutique de la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIBIERRE

(in memoriam)
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. I. DE JONG

(in memoriam)

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIERY

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Que nous tenons à remercier
des précieux conseils qu'il nous
a donnés et des facilités de tra-
vail qu'il nous a laissées pendant
tout notre séjour dans son ser-
vice.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS

Chirurgien de l'Hôpital des Petits Ménages

Chevalier de la Légion d'Honneur

Internat

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND FRANÇAIS

Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine

Chevalier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL SENECHAL

Chirurgien de l'Hôpital Départemental de la Seine

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCCQ; PROFESSEUR AGRÉGÉ
J. QUENU; DOCTEUR MADIÉRE; DOCTEUR SAUVÉ;
DOCTEUR BRAINE, DOCTEUR GERNEZ, Chirurgiens
des Hôpitaux;

PROFESSEUR AGRÉGÉ LIAN; PROFESSEUR HUTINEL;
DOCTEUR FAURE-BEAULIEU, DOCTEUR PRUVOST,
Médecins des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS FRANÇOIS-DAIN-
VILLE, HENRI FRANÇAIS, LASNIER, MICHAUX,
PELLETIER, ENGEL, MUNCH, DESCOLA, FOU-
QUET, BITH, Médecins de l'Hôpital départemental
de la Seine; DOCTEUR BOSQUAIN, Radiographe de
l'Hôpital départemental de la Seine.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

*Je garderai toujours vivant le
souvenir de mes plus belles et
joyeuses années de jeunesse pas-
sées parmi eux.*

PREAMBULE

Les résultats heureux qu'il nous a été donné d'observer à la suite du traitement chirurgical des déviations utérines, par la méthode employée par notre Maître Marcel Sénéchal dans son service de l'hôpital départemental de Nanterre nous ont amené à reprendre pour sujet de notre thèse l'exposé détaillé de cette technique.

Nous nous sommes donc proposés au cours de ce travail, non pas de passer en revue tous les différents procédés d'hystéropexie, qui ont été décrits et essayés ou qui sont encore employés actuellement, mais seulement d'envisager les principaux pour terminer par la description et la mise au point de la technique que nous avons adoptée pour la généralité des cas.

Nous avons donc tout naturellement fait précéder cette partie de thérapeutique chirurgicale d'un chapitre d'anatomie physiopathologique et d'une partie de description clinique et d'indications. Celle-ci sera peut-être trouvée plus développée qu'on ne l'attendait. Mais nous ne pouvions passer sous silence l'étude des prolapsus génitaux dont le traitement est maintenant bien déterminé par colpopérinéorraphie associée à l'hystéropexie.

Nous avons enfin terminé cette étude par le rappel de quelques observations détaillées, concernant les malades revues à longue échéance, observations propres à illustrer les heureux résultats que nous avons obtenus et que nous avons mentionnés dans ce dernier chapitre.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE

« Toute la thérapeutique restauratrice, celle à laquelle il faut s'appliquer, celle qu'il faut s'efforcer de perfectionner chaque jour peut se résumer en une seule idée, rétablir les conditions normales de fixité et les moyens de soutien des organes déplacés; c'est là, je le reconnais avec regret un idéal qu'il ne nous est pas toujours permis d'atteindre ».

Ainsi s'exprimait Trélat en 1889.

Déjà avant lui d'autres auteurs s'étaient préoccupés de la question et c'est dès 1856 que Amussat donne pour la première fois un procédé d'hystéropexie.

Mais avant même de passer en revue les principales techniques décrites depuis cette époque, nous devons avant toute autre chose rappeler quelques notions d'anatomie physio-pathologique.

Anatomie Physio-Pathologique

Et tout d'abord quelle est la position normale de l'utérus ?

Point n'est besoin de redire ici tout ce qui a été écrit sur ce sujet. Bornons-nous donc à reprendre simplement la définition que Testut a donnée dans son traité d'Anatomie : La position normale de l'utérus est celle que de lui-même il prend lorsque les anses intestinales n'exercent sur lui aucune influence. L'utérus est extrêmement mobile, comme suspendu au milieu de la cavité pelvienne entre vessie et rectum. Le fait même de ses fonctions explique assez ce besoin de mobilité que l'on peut apprécier aisément par le toucher vaginal et le palper abdominal. Ces mouvements dans les différentes orientations se voient cependant limités dans leur amplitude par les moyens de fixité de l'organe : ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro-sacrés.

Ces différents ligaments concourent à maintenir normalement l'utérus dans une position moyenne, en équilibre instable, tel que l'axe de l'organe répond à l'axe de l'excavation ; sa concavité regardant par conséquent la symphyse pelvienne tandis que le fond de l'utérus se dirige en haut et en avant du côté de l'ombilic.

Malheureusement parmi ces ligaments, si les utéro-sacrés fixent solidement le col, les deux autres paires, ligaments larges et ligaments ronds sont, du fait même de leurs fonctions, appelés à s'allonger dans des proportions considérables. Leur structure même peut leur permettre de s'étirer sensiblement sous le simple poids de l'organe et souvent, ne récupérant pas leur intégrité absolue, ils deviennent insuffisants pour maintenir la position normale de l'utérus. Il faut noter ici les possibilités de rétraction cicatricielle à la suite d'infections pelviennes propagées (abcès pelvin appendiculaire, annexite, etc...). Les ligaments utéro-sacrés eux-mêmes peuvent devenir déficients et favoriser avec l'effondrement de la sangle périnéale l'apparition d'un prolapsus génital.

Du reste, multiples sont les causes, — nous le verrons ultérieurement —, susceptibles de faire varier ces dispositions anatomiques normales, sans qu'elles puissent reprendre leur intégrité première. Et l'on voit alors l'utérus pouvant occuper des positions variées, pathologiques, capables d'entraîner des désordres notables, au point de nécessiter son redressement, sa fixation par interventions chirurgicales.

Si l'on veut comprendre le mécanisme de ces déplacements, il nous paraît indispensable, pour pouvoir traiter l'exposé clinique de préciser leur origine, en notant qu'ils se produisent d'ailleurs dans des conditions assez différentes. Il faut dès l'abord se remettre en mémoire la différence qui existe entre les déplacements et les déviations de l'utérus. Tandis que dans les premiers l'utérus se trouve en-

traîné en masse en avant, en arrière, sur les côtés, sans subir de modifications importantes, dans les deuxièmes, sans que pour cela il y ait davantage modifications de l'organe, celui-ci bascule autour d'un axe transversal, soit en avant, soit en arrière, tout en demeurant en place. Seules évidemment, les déviations, dont nul n'ignore le rôle important dans la pathologie génitale nous intéressent ici. Si l'antéversion et l'antéflexion ne déterminent que rarement des troubles appréciables, la rétroversion et la rétroflexion mériteront par contre que nous les examinions et que notre effort porte tout entier vers leur correction.

A. — *Antéversion.*

L'antéversion pure n'est pas rare. Souvent elle n'est que le premier stade de l'antéflexion acquise. On peut cependant l'observer également d'une façon persistante sans qu'il y ait incurvation de l'utérus.

Ce sont les altérations que peut présenter l'utérus à la suite d'accouchements, de fausses couches, d'inflammations chroniques, que l'on retrouve comme causes habituelles. A cela il faut joindre le relâchement des différents ligaments utérins; ligaments ronds, ligaments larges, ligaments utéro-sacrés, qui ont été soit distendus, soit altérés, par des processus inflammatoires. L'utérus resté gros, ayant perdu de sa souplesse, mal soutenu, augmente son inclinaison en avant, tombant dans le cul de sac antérieur, où parfois il peut présenter des adhérences. Il n'est pas exceptionnel de voir une rétraction marquée des ligaments utéro-sacrés qui attire le col en arrière.

B. — *Antéflexion.*

C'est évidemment à beaucoup près la plus commune des déviations utérines; mais c'est peut-être en même temps la moins fâcheuse car elle retentit au minimum sur l'appareil génital, au point que nombre de femmes ont une antéflexion sans le savoir ou n'éprouvent que des troubles si légers qu'ils sont sans inconvénients. Ces origines ont été très discutées.

Certains ont voulu voir une flexion primitive du jeune âge qui ne serait en rien liée à un processus inflammatoire, affirmant une origine congénitale. Telle n'est pas l'opinion émise par Schultz qui ne reconnaît pas l'origine congénitale et qui admet que cette flexion est due à un développement défectueux de l'utérus. Un fait certain, c'est que ces déviations s'accroissent alors que l'enfant se développe. Ces organes restant parfois infantiles, l'utérus mou ne résiste pas à la pression viscérale, et s'incurve en avant. C'est un utérus grêle et plus souvent recourbé en crosse, le centre de la courbure répondant à l'isthme allongé. Cette courbure est plus ou moins marquée, pouvant aller jusqu'à accoler le corps au col. Parfois l'inégalité dans le développement des parois favorise la flexion.

Souvent par défaut de développement le col reste fixé et ne suit pas les mouvements du corps. Il demeure dans l'axe du vagin et cela d'autant mieux qu'on note une brièveté de cette cavité qui n'a pas atteint ses dimensions normales. Le corps utérin bascule alors autour de l'isthme et cela à plus forte raison qu'il y a inégalité de longueur des parois.

Mais il faut bien dire également que ces flexions peuvent survenir post-partum ou post-abortum. On est alors en présence d'un utérus cylindrique, gros, rigide, qui peu à peu tend à s'incliner vers l'horizontale. Lorsque le tissu utérin perd de sa rigidité, ses parois se ramollissent et il tend à s'incurver sous l'influence de la pression abdominale.

De toute façon on peut dire que cette antéflexion apparaît soit consécutivement à un vice de développement, soit bien plus communément après l'accouchement ou l'avortement, soit plus rarement à la suite d'une métrite, associée fréquemment à la déviation.

Elle touche la muqueuse utérine qui est épaissie, rouge, surtout en amont de la coudure, à cause de la rétention utérine. Le tissu utérin lui-même est plus ou moins épaissi — résultats de réactions inflammatoires périglandulaires et de l'hyperémie marquée relevant des troubles de la circulation locale. La flexion peut porter à la fois sur le col et le corps, ou seulement sur le corps, le col restant dans l'axe du vagin, ou enfin sur le col, le corps restant en place.

Le premier mode se voit surtout dans l'antéflexion congénitale. Cependant, les brides cicatricielles, une infection périutérine, peuvent amener la flexion du corps sur le col fixé, comme on le voit dans l'antéflexion secondaire.

C. — *Rétroversion.*

C'est aussi bien congénitalement que dans les suites de couche ou après infection pelvienne qu'on la rencontre. La subinvolution de l'utérus dont les

parois épaissies, rigides, donnent à cet organe une forme cylindroïde, prédispose singulièrement à cette déviation. Les ligaments soutiennent mal l'utérus resté gros, la vessie a tendance à faire pression et à le refouler en arrière. La pression des organes abdominaux précipite la chute en arrière. Cet utérus a perdu sa courbure antérieure normale. Les parois sont restées épaissies, la régression se faisant très lentement. Il s'en suit que la circulation utérine se fait difficilement et que les vaisseaux sanguins restent engorgés, ce qui explique dès à présent les phénomènes congestifs dont se plaint la malade.

A cet état du muscle utérin, il faut ajouter des modifications de la muqueuse, l'irritation de la séreuse périutérine et du tissu cellulaire pelvien, plus particulièrement marquée dans le cul de sac postérieur. Les ligaments sont relâchés, tirillés par la grossesse, favorisant la déviation. Pozzi a considéré comme le phénomène initial une pelvi-péritonite légère prenant son origine au niveau des trompes et créant des adhérences dans le Douglas. Ce fait est le plus souvent vérifié au cours des opérations : les trompes sont plus ou moins déformées, prolabées dans le cul de sac, sinueuses et leur pavillon partiellement fermé.

D. — *Rétroflexion.*

Ce que nous avons dit quant à l'antéflexion primitive par arrêt de développement est exactement applicable à la rétroflexion primitive. Le col est long, grêle, l'utérus peu développé, recourbé en crosse,

augmenté de volume du fait de la congestion de l'organe. Les sécrétions, le sang menstruel, s'écoulent difficilement, favorisant l'infection possible. Le plus souvent le vagin est particulièrement court, exposant l'utérus aux traumatismes physiologiques ou autres et prédisposant ainsi à l'infection.

La rétroflexion acquise est beaucoup plus commune. Presque toujours elle relève de la métrite post-partum, conséquence de l'infection plus ou moins aiguë. Il est exceptionnel au contraire de la voir survenir après une métrite banale ou blennorragique, à moins que celle-ci par lésion de voisinage détermine des brides qui tireront sur l'utérus. Toutefois, il faut bien dire que la question est encore mal tranchée de savoir si l'inflammation est cause de la déviation ou si au contraire celle-ci détermine cette inflammation. Il est exceptionnel que la rétroflexion se produise d'emblée. Elle est le plus ordinairement consécutive à une rétroversion.

L'utérus étant incliné en arrière, la pression intestinale, les efforts, les secousses, tendent à augmenter de plus en plus cette position. Mais il arrive un moment où les ligaments, bien que relâchés résistent au niveau de la partie inférieure de l'isthme. Il n'est pas inutile de rappeler encore le rôle important joué par la rétraction cicatricielle de ces ligaments, consécutivement à une infection pelvienne propagée ou à une annexite. Il s'en suit une courbure qui est d'autant plus facile que la rigidité et la dureté du tissu utérin ne tarde pas à faire place à une mollesse remarquable. Le fond de l'utérus tombe en quelque

sorte dans le cul de sac de Douglas, le col se déjetant légèrement en avant, de telle sorte qu'il persiste toujours un peu de rétroversion.

On a souvent signalé les altérations que présente le tissu utérin lui-même. Presque toujours il y a atrophie, surtout des éléments musculaires au niveau de l'angle de flexion, avec prédominance sur la paroi postérieure.

CHAPITRE II.

ÉTUDE CLINIQUE

Déviation

La symptomatologie des déviations utérines est essentiellement polymorphe, et l'on conçoit d'ailleurs qu'il ne puisse en être autrement si on songe à la multiplicité des façons d'être de l'utérus et au nombre possible des lésions concomittantes. Parmi ces déviations, seules les rétrodéviations nous intéressent. Si l'on songe qu'il est exceptionnel de voir une rétroflexion sans rétroversion, il est inutile et par trop schématique de décrire isolément leur étude clinique.

Qu'on se souvienne des données de l'anatomie pathologique : l'utérus, tantôt gros, congestionné, hypertrophié, tantôt petit, resté infantile; qu'on se souvienne de la dissemblance des cas où l'utérus peut être mobile, ou au contraire adhérent, où les annexes peuvent être saines ou au contraire très malades avec tous les intermédiaires possibles. De cette variété découle forcément une grande diversité de formes cli-

niques. Nous allons étudier rapidement ces multiples types cliniques.

L'utérus rétrodévié est mobile ou fixé par des adhérences. Dans ce dernier cas, les rétrodéviations sont le plus souvent le résultat des lésions annexielles. Pour certains auteurs si la rétrodéviation est mobile, elle peut rester latente, être silencieuse, sans expression symptomatique aucune de la zone génitale. L'existence de la lésion ne détermine aucun phénomène morbide. Ce sont ces formes que montre seul un examen complet et bien conduit de la malade, véritable révélation d'examen, sur la piste de laquelle un symptôme éloigné aura dû conduire. Parfois il s'agit d'une jeune femme chez laquelle le seul signe sera une douleur vague, ou plutôt simplement une sensibilité soit persistante, soit intermittante de la partie inférieure de l'abdomen et qui sera quelquefois si mal localisée qu'elle fera penser à tort à une appendicite chronique. Tantôt ce seront des douleurs lombaires fugaces pouvant s'accompagner d'irradiations parfois éloignées. Ou bien encore la fréquence des mictions, une constipation habituelle avec ténisme rectal sera le seul signe qui mettra sur la voie du diagnostic. Ces formes sont fréquentes et comprendraient aux dires de OLSHAUSEN, la moitié des rétroversions utérines. Elles sont fréquemment la cause des dilatations du cæcum, trop souvent étiquetées cliniquement appendicite chronique, affection que les explorations intra-abdominales opératoires démentent petit à petit. C'est dans ce groupe qu'il faut ranger les rétroversions congénitales et les rétroversions in-

fantiles, au moins pendant leur période initiale.

Comme antithèse aux formes latentes, nous citerons les formes à début bruyant. Brusquement, à l'occasion d'une chute, d'un coup, d'un effort violent, ou sans aucune espèce de cause apparente, chez une femme jeune, en dehors de la puerpéralité, souvent au moment de l'apparition des règles surviennent des douleurs hypogastriques très vives, avec ténésme rectal, dysurie, métrorragies. Ou bien la femme est prise de nausées, de vomissements, de sensibilité générale de l'abdomen et paraît présenter une péritonite. En réalité on se trouve alors en présence d'une torsion de trompe parfois bilatérale à la suite de laquelle, tantôt les phénomènes rentrent rapidement dans l'ordre, tantôt s'accusent d'une façon telle qu'ils amènent à une opération chirurgicale sans que le diagnostic précis ait été fait, et sur l'indication unique et formelle donnée par le syndrome péritonéal. Dans le premier cas, comme pour le kyste de l'ovaire, la détorsion s'est faite spontanément. Dans le second cas c'est un hématosalpinx énorme, que l'opération met en évidence. A la suite de la poussée aiguë méconnue et non traitée, les lésions scléreuses s'installent progressivement et sont une des raisons de la production de la rétrodéviation.

Mais dans la majorité des cas, le tableau clinique est moins brutal et c'est lentement, insidieusement, que les symptômes apparaissent. Même quand la rétrodéviation a été tout d'abord latente et qu'elle commence à déterminer des troubles, ceux-ci se montrent

sans bruits et n'attirent d'abord que médiocrement l'attention de la malade.

Le tableau clinique ressemble à celui de la métrite chronique dont ces malades se croient le plus souvent atteintes. Un état de constipation habituelle, une sensation de pesanteur sur le rectum, de fatigue dans le bas ventre, de la douleur dans la région lombaire, parfois avec irradiation dans le dos, dans les cuisses et jusque dans les jambes, sans doute par compression du plexus sacré, les fréquentes envies d'uriner, tels sont les premiers troubles dont se plaignent les patientes, avec douleurs intermittentes dans la fosse iliaque droite, qui en ont souvent imposé pour de l'appendicite chronique.

Mais à côté de ces signes, il en est de beaucoup plus importants et au premier chef la douleur et les troubles de la menstruation, qui sont peut-être moins constants dans la rétroversion. que dans la rétroflexion. Les règles sont en effet augmentées dans leur durée et leur quantité; il y a ménorragie. Les pertes sont profuses cependant les premiers jours et peuvent persister avec une plus ou moins grande intensité pendant dix, douze, quinze jours, ayant une allure plus ou moins traînante et se manifestant non par un sang franchement rouge, mais par du sang d'aspect rosé, chocolaté. Leur retentissement sur l'état général n'est pas douteux, d'autant plus que souvent on note une certaine diminution de la période inter-menstruelle, déterminant une anémie parfois marquée. Ces règles sont souvent douloureuses, surtout si la flexion est tant soit peu marquée, le ca-

libre du canal intra-utérin s'en trouvant diminué au point de plicature. Cette dysménorrhée est un signe à peu près constant et qui se révèle parfois avec une telle intensité qu'elle domine la scène.

Les douleurs commencent pour ainsi dire toujours avant l'apparition du sang, parfois 2, 3, 5 jours avant, siégeant dans tout le bas ventre, les régions lombaires, pouvant se manifester par une simple sensation de malaise, pouvant parfois empêcher la marche, la station debout et présentant des exacerbations douloureuses, véritables coliques expulsives, qui surviennent par crises, nécessitant un repos absolu au lit et empêchant tout sommeil. Leur fréquence va parfois en s'intensifiant, pouvant entraîner une souffrance permanente de l'abdomen, souvent due à des irradiations diverses dont certaines peuvent s'expliquer par les tiraillements des ligaments (Doléris et Pichevin).

La leucorrhée est fréquente et trop souvent attribuée à une métrite qui n'existe pas. L'écoulement n'est constitué que par du mucus clair et stérile. Ces symptômes sont ceux d'une fausse métrite due à la stase veineuse, entretenue par la rétrodéviatiou ou comme le soutient Richelot, aux poussées congestives qui sont le propre du tempérament morbide du neuro-arthritisme. Mais, l'infection, vraie métrite, ou salpingite, peut se greffer sur cet état congestif, comportant un ensemble de troubles réactionnels, corrélatifs de toute inflammation (fièvre, sécrétions franchement purulentes, tendance à envahir les annexes, le paramétrium, persistance cédant difficilement au

traitement), tandis que la fausse métrite et l'écoulement leucorrhéique qu'elle provoquait disparaissent après le redressement.

Les rétrodéviations déterminent également des symptômes dus à la compression de la vessie, du rectum, et des nerfs du voisinage, par l'utérus.

Les troubles de compression vésicale entraînent la pollakiurie ou plus exactement les envies fréquentes d'uriner. Ces envies ont ce caractère particulier de ne se produire que le jour et de cesser presque entièrement la nuit, ce qui indique qu'il ne s'agit pas d'une cystite, mais d'un trouble fonctionnel de la vessie. De plus, les mictions, sont parfois douloureuses. Enfin, si la compression est plus forte et porte sur le col de la vessie ou sur l'urèthre, on peut voir apparaître la rétention d'urine. Mais c'est là plutôt une complication et tout à fait exceptionnelle.

Les troubles de compression du rectum sont le ténésme, la douleur à la défécation, la constipation qui est habituelle. Cette compression est-elle la conséquence d'une action mécanique exercée par le corps utérin sur le rectum ? Certainement, pour une part importante, (et nous sommes en cela d'accord avec Laphorn Smith et d'autres auteurs), et dont l'autre part est représentée par la paresse intestinale symptôme commun à toutes les affections pelviennes de la femme; et ici comme ailleurs, il faut y voir avec Mathieu la conséquence des réflexes à point de départ pelvien qui provoquent et entretiennent l'atonie du gros intestin, l'entérocolite, que le redressement utérin améliore et peut guérir.

A côté de ces signes, prend place toute une série de troubles nerveux, digestifs et cardiaques, dont l'ensemble forme ce que Pozzi a appelé le *syndrome utérin*.

Les troubles nerveux observés sont : la céphalée, simple mal de tête ou migraines vraies, des sensations pénibles, diffuses ou localisées en des points déterminés, variables d'ailleurs de malade à malade.

Les troubles digestifs se traduisent par de la perte de l'appétit, la difficulté des digestions, des régurgitations après le repas, des douleurs au creux de l'estomac, exceptionnellement des vomissements incessants.

Les troubles cardiaques se bornent le plus souvent à de simples palpitations, simples sensations de pesanteur de la région précordiale, pouvant simuler parfois la fausse angine de poitrine.

On comprend que des malades prédisposées versent facilement dans la neurasthénie génitale.

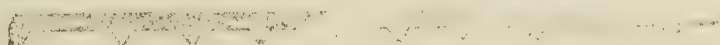
Dans les rétrodéviations adhérentes, les lésions péritonéales et annexielles associées à la position vicieuse qu'elles ont le plus souvent créées, renforcent par moment l'intensité des troubles pelviens. On trouve dans l'histoire des malades des poussées aiguës ou subaiguës, douloureuses et fébriles, de la pelvipéritonite. Quand les lésions sont refroidies et les adhérences constituées, les troubles fonctionnels persistants sont-ils dûs à l'annexite chronique ou à la position vicieuse ? Certains ont dit que dans les cas de ce genre l'annexite est tout, et que la rétro-déviatiion n'est rien. Cependant, nous rangeant à

l'avis de Lapointe, nous ne partagerons pas l'opinion de quelques gynécologues qui n'accordent leur attention qu'aux lésions inflammatoires productrices de la rétrofixation. On voit constamment des annexites refroidies qui restent presque ou complètement latentes dans l'intervalle des poussées. Cette tolérance est rare, quand la rétrodéviatio*n* s'y ajoute. Les règles profuses, l'abondance des pertes blanches intermenstruelles, l'intensité persistante des phénomènes douloureux, des manifestations névropathiques, tout cela s'observe surtout dans les cas de lésions utéro-annexielles, compliquées de rétrofixation.

Tous les troubles fonctionnels que nous venons d'examiner ne peuvent à eux seuls permettre d'affirmer la déviation, et ce sont les signes physiques qui signent le diagnostic.

Dans les rétrodéviations par mobilité anormale due au relâchement des moyens de fixité on constate souvent un certain degré de faiblesse périnéale.

Au toucher, l'index et le médius droit arrivent directement sur l'orifice externe du col, derrière la symphyse et plus bas qu'à l'état normal. Dans le cul de sac antérieur, on ne sent plus la résistance de l'isthme et du corps et la main gauche, par le palper abdominal, au-dessus du pubis, ne perçoit plus, entre elle et les doigts vaginaux, que l'épaisseur de la paroi. Par contre, en déprimant fortement cette paroi plus haut, on sent le fond de l'utérus qui s'est porté en arrière, et si l'abdomen n'est ni trop gras ni trop résistant, on peut déterminer le volume, la position,



la sensibilité, la mobilité de l'organe en s'aidant toujours des doigts vaginaux, qui trouvent le cul de sac de Douglas occupé par la face postérieure de l'utérus à ce moment regardant en avant. Cet examen permet également de se rendre compte de l'état des annexes qui, si elles sont tuméfiées, douloureuses, adhérentes, fixent presque toujours l'utérus. Il est d'ailleurs inutile et même dangereux dans ce cas de chercher à le mobiliser, car on a vu la rupture d'un pyosalpinx au cours de manœuvres de ce genre.

Le toucher rectal complètera l'examen et pourra même être seul possible chez les vierges.

Prolapsus génital

Il peut être considéré comme une complication importante des déviations utérines; aussi nous n'avons pas cru possible de le passer sous silence, son traitement chirurgical étant maintenant bien établi par l'hystéropexie avec colpopérinéorrhaphie associée.

Le prolapsus génital est à peu près réservé à la femme âgée surtout et à la femme adulte. Cependant nous avons pu observer un cas chez une vierge jeune, où il avait été pratiqué antérieurement par un autre chirurgien une hystérectomie subtotala et où secondairement nous pûmes faire une pexie du moignon, ce qui souligne l'intérêt de la méthode que nous préconisons.

Le plus souvent, le prolapsus est consécutif à des accouchements répétés, en particulier chez des sujets à parois abdominales déficientes. Parfois aussi il est visible, après un premier accouchement, si à cette faiblesse de paroi vient s'ajouter un lever trop précoce de la femme. C'est du reste une des principales raisons pour laquelle le prolapsus génital est si fréquent à la campagne où l'on n'obtient que rarement et avec beaucoup de peine que les accouchées gardent le lit même une courte semaine, et évitent

durant quelques temps tous travaux de force. En dehors de ce cas, le prolapsus peut être également dû à un travail trop pénible. Il peut enfin et surtout être consécutif à des déchirures vagino-périnéales de quelque importance, pouvant aller jusqu'à l'éclatement des sphincters. Ces déchirures peuvent du reste parfois passer inaperçues car elles n'intéressent pas toujours la peau et la muqueuse. Un toucher minutieusement fait à la fois vaginal et rectal, montre que les lésions sont sous cutanées et on sent la paroi séparant les deux organes réduite à la simple épaisseur des muqueuses. A cela il faut ajouter la mauvaise qualité possible des tissus qui ne reprennent pas leur intégrité première après l'accouchement.

Le prolapsus est réalisé par l'affaissement de la voûte vaginale et du plancher vaginopérinéal dont l'insuffisance est souvent à l'origine des lésions, permettant après un certain degré de cystocèle, accompagné de troubles généraux « l'évagination » du vagin et l'extériorisation du col et même de l'utérus lui-même.

Comme l'ont dit Emile Reymond, Lecène, le prolapsus génital n'est en somme qu'une éventration rendue possible par le relâchement progressif du plancher pelvien, (releveur de l'anus et diaphragme uro-génital).

Trélat l'assimilait aux hernies en général, le processus des déplacements étant analogue et le terrain étant préparé par une insuffisance congénitale ou acquise des moyens de fixité de l'utérus et du vagin.

Quelqu'en soit le degré, le prolapsus est justiciable d'une pexie le plus souvent associée à une colpopérinéorraphie dont l'indication ne serait même pas supprimée en cas d'hystérectomie subtotale, car il est bien démontré maintenant que celle-ci n'empêche pas la voûte et les parois du vagin de s'affaisser et il est donc nécessaire de procéder à une fixation du moignon du col.

Stérilité.

Une des séquelles des déviations utérines est la stérilité, qui, si elle ne comporte pas de gravité propre n'en est pas moins importante à cause de son retentissement psychique et de ses conséquences sociales. Aussi avons-nous pensé qu'une place spéciale devait lui être réservée.

C'est parfois cette seule cause qui pousse la malade à demander conseil à son médecin. Cette stérilité est en effet aussi commune dans le cas de rétrodéviation primitive que dans le cas de rétrodéviation acquise et l'on peut dire que ce déplacement utérin joue un rôle aussi important dans la gêne apportée à la fécondation que l'antéflexion congénitale.

Les causes en sont multiples et ont été longuement et souvent étudiées. Nous nous bornerons à mentionner les plus importantes.

Ce peut être l'état de développement insuffisant de l'organe gestateur; un rétrécissement du canal cervical au niveau de l'angle de flexion; une sténose des orifices du col et particulièrement de l'orifice externe; la situation de cet orifice, qui du fait de la déviation peut être caché, recouvert par la muqueuse vaginale, ou masqué par le pubis, si bien qu'à un examen gynécologique il peut être presque impossible de l'amener dans la lumière du spéculum.

On peut encore citer une colpocèle postérieure profonde ou fausse route vaginale de Pajot.

A cela il faut ajouter la possibilité de gonflement et d'épaississement de la muqueuse, tenant à la congestion de l'utérus, l'état des annexes, la coudure des trompes.

Souvent du reste sans invoquer toutes ces raisons la déviation peut suffire par son seul fait à empêcher la fécondation. Au XV^e congrès de la société d'Obstétrique de France en 1912, MM. Funk Bruntano et Planchu attribuaient une place importante à la rétrodéviation dans la pathogénie de la stérilité et préconisaient le redressement opératoire; M. Pinard approuvait ces conclusions. Relativement nombreuses sont les observations de grossesses survenues à la suite d'une opération convenable. Nous aurons du reste à en reparler ultérieurement.

Lepthorn Smith rapporte une statistique, où à la suite de 80 interventions il a relevé 20 grossesses chez les nullipares.

Eparvier et Michon (de Lyon) rapportent une statistique de 43 succès.

L. Smith signale même le cas, — et l'anecdote a bien sa saveur humoristique, « d'une fille qui avait des rapports clandestins depuis plusieurs années sans conséquences et qui commençait à souffrir tellement qu'elle lui fut envoyée par son médecin pour faire une opération d'Alexander; l'opération a trop bien réussi, car en retournant à son amant elle est devenue enceinte. »

Rétrodéviation et Grossesse.

Dans un dernier paragraphe nous allons rapidement voir que la déviation en arrière d'un utérus gravide peut être une complication grave de cette malposition.

Les troubles fonctionnels apparaissent dès le deuxième ou troisième mois. La femme éprouve une aggravation de la sensation de pesanteur douloureuse, que provoquait déjà l'attitude vicieuse. La rétrodéviation était-elle latente ? La grossesse nous la révélera. La constipation devient opiniâtre par compression du rectum et le col s'élevant de plus en plus vient comprimer la vessie. Ces troubles urinaires prennent le premier plan. Il y a d'abord rétention incomplète, puis complète et miction par regorgement tandis que la vessie se distend toujours.

Nous avons encore présent à la mémoire un cas très récent qu'il nous a été donné de voir et nous tenons à le rapporter, car si c'est un insuccès, ou plutôt une erreur, c'est une erreur instructive. Une malade VI^e parc, enceinte de quatre mois est envoyée pour tumeur abdominale avec le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu. Le tableau clinique pouvait en imposer pour ce diagnostic. Le sondage uréthral pratiqué aussitôt avant l'opération, évacue une certaine

quantité d'urine et laisse croire à la vacuité de la vessie après le cathétérisme. A l'intervention, ce pseudo-kyste de l'ovaire qui se présentait transparent et de couleur ardoisé et dont l'aspirateur avait évacué le liquide attendu n'était autre que la vessie et l'utérus était enfoui dans le petit bassin où il était nettement enclavé et d'où il fallut véritablement l'extraire.

Il est inutile d'insister sur l'évolution, qui si elle est souvent heureuse par réduction spontanée, peut amener soit un avortement, soit une incarceration de l'utérus, pouvant déterminer par compression des phénomènes d'occlusion et d'urémie.

La grossesse dans un utérus rétrodévié, peut donc être un événement redoutable quand la rétrodéviation n'est pas reconnue avant la grossesse.

Indications générales.

En résumé, toute femme présentant des règles douloureuses, irrégulières, longues, traînantes, de la salpingite, des signes de métrite, des troubles urinaires : dysurie, pollakiurie, des troubles rectaux, et surtout de la constipation, du colpocystocèle, des douleurs abdominales, lombaires et même sacrées (parfois persistantes, parfois fugaces), de l'affaiblissement de l'état général avec troubles nerveux, de la stérilité, des fausses couches à répétition, des troubles gastro-entéritiques, des signes de dilatation du coecum avec appendicite chronique, devra être soumise à un examen gynécologique complet pouvant révéler une déviation utérine ou un prolapsus génital au début qui commandera l'hystéropexie.

Si de plus cette déviation est adhérente, elle n'est plus qu'un phénomène accessoire dans l'ensemble d'une salpingo-ovarite; elle relève alors évidemment de la laparotomie permettant de faire le bilan des lésions et d'y remédier.

Les rétrodéviations silencieuses, n'entraînant ni gêne ni douleur ne réclament évidemment aucun traitement mais une surveillance attentive en cas de grossesse pendant les premiers mois jusqu'à évolution de l'utérus dans la cavité abdominale.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

REVUE DES PROCEDES

Envisageons maintenant le côté technique de la question.

Depuis fort longtemps ce sujet a suffisamment préoccupé les auteurs pour que les techniques permettant de réaliser l'hystéropexie soient très nombreuses (G.-L. Carrington en comptait 99 en 1926). Faut-il par là conclure que le problème posé est de solution difficile et que le plus grand nombre de ces procédés est incapable de le résoudre. Non, sans doute. Quantité de ces procédés n'ont eu que la valeur d'une description, beaucoup n'ont eu qu'une faveur éphémère et si, ceux qui sont encore retenus sont cependant nombreux, c'est que leurs auteurs ont envisagé la question sous des jours différents, tenant compte d'un facteur plutôt que d'un autre parmi tous ceux qui entrent en ligne de compte. Certains en effet ont voulu garder à l'opération le maximum de bénignité en n'ouvrant pas le péritoine; d'autres ont seulement voulu rendre à l'utérus sa situation physio-

logique, d'autres enfin ont envisagé le côté obstétrical de la question. Le nombre des procédés tend cependant à prouver qu'il n'y en avait aucun qui donna entière satisfaction, et c'est pourquoi nous décrirons une technique qui fera l'objet d'un chapitre spécial, et qui s'attache à joindre les différents buts proposés.

Il serait facile de rapporter, pêle-mêle, les uns à la suite des autres les différents procédés, mais le travail loin de gagner en clarté, serait probablement très confus. Il semble donc préférable de les classer (1) et d'envisager :

I. Les hystéropexies directes, c'est-à-dire ayant pour but de fixer directement l'utérus par des adhérences, soit à la paroi abdominale, soit à la paroi vaginale.

II. Les hystéropexies indirectes, c'est-à-dire obtenant leur résultat par l'intermédiaire des ligaments normaux de l'utérus.

I. HYSTEROPEXIES DIRECTES

A. Hystéropexies directes par voie vaginale.

Elles consistent à fixer la face antérieure de l'utérus à la paroi vaginale antérieure. C'est en 1856 que AMUSSAT les décrit pour la première fois. Elles font

(1) Nous n'avons pas la prétention de rapporter ici la totalité des procédés décrits. Beaucoup auront échappé à nos recherches. Nous nous sommes efforcés de reprendre seulement les principaux.

ensuite l'objet d'un travail de RICHELOT en 1868 et surtout en 1895. Entre temps ROBENEAU en 1886 s'était occupé de la question.

On peut du reste rapprocher de ces hystéropexies vaginales, le procédé par vésico-fixation de Mackenrodt (1895), la péritonéo-fixation de Gottschal (1899) et l'opération de Nicolétis qui combine l'amputation sus-vaginale du col à la fixation de la paroi postérieure du vagin à la partie antérieure de l'utérus.

B. Hystéropexies directes par voie abdominale.

Tout autre est leur but puisque elles s'efforcent d'adosser l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

Par simple intérêt historique il faut citer les procédés d'hystéropexie extra-péritonéale de Sims (1859), Corneva (1882), repris par Kelly en 1889 et par Crespi en 1890.

Dans tous les cas il s'agit de fixer l'utérus contre la paroi, par un fil passant dans son épaisseur et traversant cette paroi. Il faut aussi citer le procédé de Caudela par passage au moyen d'une longue aiguille introduite dans la cavité utérine de deux fils traversant le fond de l'organe et la paroi abdominale.

Nous ne retiendrons ici que les hystéropexies directes abdominales intra-péritonéales.

Le type de cette ventro-fixation est le procédé de TERRIER. Mais déjà avant lui on retrouve un premier procédé du à Koeberlé (1869); cependant ce n'est

guère qu'en 1886 que les travaux d'Olshausen lui permirent d'entrer dans la pratique chirurgicale. Entre temps Lawson Tait en 1880 l'a également employé; utilisant des sutures temporaires à travers la peau et en dehors de l'incision. Successivement en 1888 et 1889, ignorant réciproquement leurs travaux Czerny et Terrier décrivent sensiblement le même procédé que l'on peut considérer comme le type actuellement classique.

Procédé de Léopold.

Il obtient la fixation par trois fils de soie traversant la paroi utérine en plein tissu musculaire, le premier à hauteur des ligaments ronds, le deuxième sur le fond à la hauteur des trompes, le troisième à un centimètre en arrière. De chaque côté, chaque fil traverse toute l'épaisseur de la paroi y compris la peau.

Le péritoine tapissant la face antérieure de l'utérus est avivé par grattage. Les trois fils correspondent à la partie moyenne de l'incision abdominale qu'ils contribuent à fermer, après qu'ont été liés les fils qui ferment sa partie inférieure. Les fils profonds fermant sa partie supérieure sont liés en dernier.

Procédé de Gottschalk.

Les fils n'intéressent pas le muscle utérin mais seulement la séreuse et de plus ce sont les fils qui servent à fermer la partie inférieure de l'incision qui contribuent à la fixation.

Procédé de Czerny-Terrier.

Un fil de soie est temporairement passé sur le fond de l'utérus, permettant de soutenir l'organe pendant l'opération. Les fils de soie, qui ont remplacé les catguts précédemment employés par l'auteur, sont passés de gauche à droite à travers toute l'épaisseur de la paroi de l'autre côté. Le premier fil est placé à hauteur de l'isthme utérin, le second sur la face antérieure, le troisième sur le fond de l'organe. On lie de bas en haut, puis on enlève le fil suspenseur, et on ferme la paroi.

C'est là le procédé Terrier; il diffère de celui de Czerny en ce que ce dernier met moins de fils et les passe dans l'utérus directement tandis que Terrier les faufile pour faciliter les adhérences.

Procédé de Reymond.

Comme dans le procédé précédent les fils sont également faufilés mais étagés seulement sur l'isthme de l'utérus, laissant libre la face antérieure toute entière. L'immobilisation est donc partiellement évitée.

Procédé de Tuffier.

Variante du procédé de Terrier. Fait au catgut.

Le fil suspenseur est utilisé comme fil fixateur supérieur. Sur la face utérine on passe cinq catgut intéressant seulement le péritoine; ils sont noués brin à brin, puis repassés ensuite à travers les muscles pour les rapprocher dans une deuxième anse des mêmes fils.

Procédé de Laroyenne.

Un hystéromètre ramène l'utérus contre la paroi abdominale que l'on incise sur la saillie formée. On charge alors en quatre ou cinq points au catgut, la paroi abdominale, sauf la peau, l'utérus et la paroi de l'autre côté. Les fils sont serrés l'un après l'autre de haut en bas.

Procédé de Legueu (1896).

Modification dûe au passage de chaque fil double dont les chefs traversent la paroi abdominale de chaque côté en deux points différents. Ces deux chefs sont liés entre eux. Il ne reste qu'à fermer la paroi.

Procédé de Pozzi.

Cet auteur fixe l'utérus par un surjet à la soie qui sert en même temps à fermer la paroi. L'utérus est maintenu accolé à la paroi par une pince de Museux. Le surjet commence au-dessus du pubis comprenant muscles et péritoine pour fermer la partie inférieure de l'incision, puis il charge en plus la paroi utérine et dans sa partie supérieure ferme comme une simple laparotomie. Un deuxième surjet au catgut consolide la paroi en prenant muscles et aponévrose.

Procédé de Picqué.

Les fils sont placés symétriquement sur les faces latérales laissant libre la partie médiane de l'utérus. Deux fils sont placés de chaque côté à un centimètre l'un de l'autre; ils comprennent un centimètre de tissu utérin, traversent le péritoine et le muscle droit

et sont noués sur l'aponévrose; un cinquième point médian est placé sur la face antérieure et fixé à la partie inférieure de la plaie pariétale.

Procédé de Zinsmeister.

On passe dans l'utérus attiré à l'incision pariétale un fil de catgut qui traverse la paroi antérieure, verticalement, de la corne utérine jusqu'à deux centimètres au-dessus de la symphyse; puis ce fil est passé à travers le péritoine et le muscle droit à deux centimètres du bord de l'incision pour ressortir un peu plus haut de la paroi et rejoindre son point de départ. La même opération est faite de l'autre côté. Les fils sont noués à l'intérieur de la cavité abdominale.

Procédé de Faucon.

L'utérus est fixé de manière que son fond ne dépasse pas la partie inférieure de l'incision qui s'arrête à trois travers de doigts du pubis. Pour cela on passe dans la paroi utérine un crin, de haut en bas, verticalement, sur la ligne médiane sur un trajet de deux centimètres; puis on le passe dans la paroi, de bas en haut et par dedans, traversant le péritoine à nouveau pour rejoindre son point de départ. On passe également un autre crin de chaque côté du premier. Ils sont noués et la paroi est refermée.

L'utérus est fixé à une partie de la paroi abdominale qui n'a pas été sectionnée.

II. HYSTEROPEXIES INDIRECTES

Nous avons dit qu'elles obtenaient leurs résultats en s'aidant des ligaments normaux de l'utérus.

Il faut donc ici rappeler quelques procédés qui cherchent à créer l'adhérence de la paroi antérieure de l'utérus à la paroi abdominale, non plus directement mais en se servant des ligaments et cela après laparatomie. On pourrait les appeler procédés d'hystéropexies semi-directes.

Procédé d'Olshausen-Saanger.

Il consiste à saisir les cornes utérines c'est-à-dire l'origine des ligaments ronds et la partie interne des ligaments ronds par des fils qui les fixent à la paroi abdominale de chaque côté de la ligne médiane. Les sutures faites à fils temporaires, sont symétriques, indépendantes de celles de la paroi.

Procédé de Kelly.

Dans un premier procédé il fixait les cornes utérines par des sutures perdues, au péritoine pariétal.

Dans une deuxième technique il passait trois fils de chaque côté, par-dessus le bord supérieur des ligaments, ces fils venant prendre les ligaments tubo-ovariens. C'était donc la partie postérieure du fond qui se trouvait fixée à la paroi.

Procédé de Von Winiworter.

Il consiste à passer l'anse du fil fixateur à travers le ligament au-dessous de l'ouverture de la trompe

dans l'utérus et à le fixer au bord de la plaie abdominale (suture à fils perdus).

On peut également rapprocher de ces procédés ceux qui emploient pour la fixation le pédicule restant de l'ablation uni ou bi-latérale des annexes. Il existe en particulier parmi bien d'autres un procédé décrit par M. J.-L. Faure sous le nom de salpingopexie dans son traité de Gynécologie.

En disant : Hystéropexies indirectes nous avons voulu parler de celles qui en quelque sorte permettaient de suspendre l'utérus, de la soutenir par l'intermédiaire des ligaments. Elles peuvent se faire par la voie vaginale ou par la voie abdominale.

A. Hystéropexies indirectes par voie vaginale.

Elles ont porté sur les ligaments ronds soit par leur raccourcissement comme l'ont fait Bode, Wertheim, Schauta, Godinho, en accolant le ligament à lui-même par un surjet ce qui permet de diminuer la longueur de cinq à six centimètres; soit par leur fixation vaginale (Schauta et Wertheim). On passe de de chaque côté un fil qui prend l'origine des ligaments ronds, puis traverse la paroi vaginale antérieure. Les deux fils sont noués l'un à l'autre. Le fond de l'utérus se trouve ainsi attiré en avant.

D'autres techniques ont porté sur les autres ligaments utérins toujours par voie vaginale : soit par raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par le

cul-de-sac supérieur; soit par raccourcissement des ligaments larges par le cul-de-sac vésico-utérin (Alexandroff, Koch).

B. Hystéropexies indirectes par voie abdominale.

Procédé de Alquié-Alexander-Adam (1840).

C'est le seul procédé extra-péritonéal à mentionner, qui après des débuts difficiles, eut pendant longtemps une vogue marquée, alors que l'on n'osait pas ouvrir le péritoine.

Il consistait, passant par voie inguinale, à reconnaître les ligaments ronds, à les réséquer en partie et à fixer leurs extrémités libres aux arcades crurales, aux tendons conjoints, et aux parties fibreuses suspubiennes.

Nombreux par contre sont les procédés intra-péritonéaux parmi lesquels nous en mentionnerons quelques-uns utilisant les ligaments larges ou utéro-sacrés, réservant une plus large place aux techniques portant sur les ligaments ronds.

Procédé de Tait.

Il obtenait un raccourcissement des ligaments larges en faisant une plicature à la partie interne de ces ligaments par un fil prenant l'origine des ligaments ronds. Il bridait ainsi latéralement l'utérus.

Procédé d'Imlach.

Ici la plicature portait sur la partie externe des ligaments larges, agissant ainsi sur le ligament infundibulopelvien.

Procédé de Duret.

Cet auteur faisait une sangle sur laquelle reposait l'utérus, en unissant l'un à l'autre les deux ligaments larges en arrière de l'utérus.

Procédé de Frommel.

Il décrivit en 1890 une technique consistant à traverser près de leur insertion utérine les ligaments utéro-sacrés par un fil de soie que l'on fixait d'autre part au péritoine pariétal du petit bassin. On obtenait le rétablissement de l'antéversion physiologique.

Les procédés d'hystéropexies intra-péritonéale par les ligaments ronds sont nombreux, à ce point même qu'on peut les envisager en deux groupes, suivant que leur raccourcissement est ou non suivi de leur fixation à la paroi abdominale.

Parmi les procédés opérant par simple raccourcissement sans fixation à la paroi nous citerons :

Procédé de Wylie.

C'est en effet lui qui le premier en 1886 effectua cette opération, faite également la même année par Ruggi avec peu de modifications. Après ouverture de l'abdomen, l'utérus est libéré de ses adhérences et un ligament rond est attiré au dehors. En le couvant on forme un angle ouvert en dedans. La face

du ligament qui regarde à l'intérieur de l'angle est avivée, puis le ligament est adossé à lui-même par des points séparés à la soie, points traversant le ligament et peu serrés pour ne pas couper. La couture est à sommet externe. Le procédé est également appliqué de l'autre côté.

Procédé de Dartiques et Baldy.

Il consiste à fixer les deux ligaments ronds entre eux, après les avoir attirés en anse et passés par transfixion en-dessous des insertions tubaires.

Procédé de Ruggi.

Ce procédé a de fortes analogies avec celui de Wylie. On charge successivement l'extrémité externe du ligament rond, puis son extrémité interne. On rapproche ces extrémités en nouant les fils, puis on réunit par un catgut en surjet les deux parties accolées sur toute la longueur de l'adossement. La couture est à sommet externe et le raccourcissement plus marqué que dans le procédé précédent.

Procédé de Bode (1889).

Il consiste à prendre le ligament rond à une distance variable de la corne utérine, suivant le résultat cherché et à rapprocher ce point de la corne utérine à laquelle on le fixe. Le ligament est donc replié en dedans.

Procédé de Polk (1889).

Le ligament est saisi à quelques centimètres de

l'utérus et en ce point on pratique une soudure à sommet interne. Ce sommet est avivé et appliqué par un fil solide à celui de l'autre côté traité de la même façon. Les deux ligaments font donc après accollement un X couché horizontalement au-devant de l'utérus dans le sens antéro-postérieur.

Procédé de Dudley.

Il est assez complexe. Il faut d'abord aviver la face antérieure de l'utérus dans ses parties latérales contre les cornes utérines et placer un point à deux centimètres du cul-de-sac vésico-utérin. Puis le ligament rond est avivé, sectionné à son insertion utérine, et libéré de son replis péritonéal. Son extrémité est suturée par plusieurs points solides sur la surface utérine avivée. L'insertion ligamentaire est donc ainsi abaissée au niveau de l'union des tiers inférieur et moyen de l'utérus.

Procédé de Baudoin.

Il s'inspire des procédés précédents, faisant comme Bode une plicature suivie de suture à la face antérieure de l'utérus après avivement comme le préconise Dudley.

Les procédés que nous allons rappeler maintenant cherchent toujours leur effet par raccourcissement des ligaments ronds, mais avec fixation de ceux-ci à la paroi. Le plus typique et en même temps le plus répandu est celui de Doléris.

Procédés de Doléris.

Cet auteur décrit en 1889 un premier procédé unissant l'hystéropexie directe à la ligamentopexie. L'utérus étant fixé à la paroi comme dans le procédé de Terrier, après avoir attiré les ligaments ronds entre les lèvres de la plaie opératoire pour les y fixer lors de la fermeture de la paroi péritonéo-musculaire.

S'inspirant de ce que Beck en 1897 suturait entre elles et dans la paroi, deux anses formées par les ligaments ronds dépouillés de leur péritoine, Doiéris en 1898 modifie son procédé et le décrit sous le nom de : « Inclusion pariétale des ligaments ronds ». Les ligaments étant saisis à leur partie moyenne, l'anse déterminée est incluse dans la cicatrice en la fixant aux piliers fibreux des muscles droits.

Puis en 1901, il le modifie encore et le décrit ainsi : il crée un double canal inguinal artificiel à travers les muscles droits et l'aponévrose à un ou deux centimètres de la ligne médiane, juste au-dessus de l'épine pubienne correspondante. On attire dans ce canal une anse formée par le ligament rond saisi au milieu et on le suture d'abord aux muscles et aponévroses puis à l'anse du côté opposé. On termine normalement la fermeture de la paroi.

Procédé de Foschini.

Il est semblable au précédent à cela près que l'anse une fois extériorisée et fixée au plan musculo-aponévrotique est sectionnée en deux ; une moitié est rabattue en dedans, l'autre en dehors.

*

* *

Tels sont rapidement rappelés les principaux procédés d'hystéropexies. Il en manque certainement encore beaucoup. Notre but n'a pas été de faire une revue de tous ceux qui ont été décrits, mais simplement de montrer les étapes successives depuis la ventro-fixation, ou hystéropexie directe suivant le procédé de Terrier, passant ensuite par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds (procédé de Wylie), et l'inclusion intra-pariétale de Doléris, pour arriver au procédé que nous nous proposons de décrire et qui, ainsi que nous le verrons, s'inspire de ces trois types précédents.

CHAPITRE II.

CRITIQUE ET DISCUSSION DES PROCÉDES

Le chapitre précédent, bien qu'incomplet nous a montré à la fois la diversité et le nombre des techniques de fixation utérine.

Nous allons dès maintenant essayer de discuter ces différents procédés et d'en faire la critique pour pouvoir ensuite les mettre plus facilement en parallèle avec la technique que nous préconisons.

Il est certain maintenant et c'est un fait définitivement jugé que seuls les procédés par laparotomie peuvent être retenus. Les autres ne figurent plus en effet que pour mémoire. Leur succès ne tenait du reste autrefois qu'à ce fait, à savoir la « peur du péritoine », l'ignorance de l'asepsie ne permettant pas d'ouvrir impunément la cavité abdominale. Mais les conditions ont changé et il n'est plus possible de se contenter de techniques aveugles procédant sans ouverture du péritoine, ne permettant même pas l'examen et la vérification des organes du petit bassin. Nous envisageons donc surtout la ventro-fixation (Terrier), le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds (Wylie), et l'inclusion pariétale des

ligaments ronds (Doléris) après avoir rapidement éliminé les procédés vaginaux et extra-péritonéaux.

Les opérations vaginales ont pu à une époque avoir une certaine faveur. C'est qu'en effet avec une asepsie insuffisante ces techniques étaient moins dangereuses que les laparotomies franches, le péritoine pelvien ayant des propriétés de réaction plus vives et en tout cas la localisation de l'infection se faisant plus volontiers dans ce point déclive de la cavité abdominale.

De plus c'étaient pour la plupart, des opérations illogiques qui cherchaient à amarrer un organe lourd et normalement mobile à d'autres organes mous et mobilisables : la vessie et le vagin. Le point d'appui pris pour maintenir l'utérus en bonne position est donc nettement insuffisant et Trélat a jugé ces opérations d'un mot en disant « qu'on ne plante pas un clou dans une tenture ».

L'opération d'Alquié-Alexander est évidemment séduisante, mais elle a déjà un inconvénient net, c'est d'être extra-péritonéale, donc de ne pas permettre l'examen et la vérification des annexes. D'autre part elle ne peut s'adresser qu'aux déviations mobiles, les rétrodéviations adhérentes ne pouvant être corrigées par cette intervention. Or nul n'ignore la difficulté qu'il y a à préciser qu'un utérus est libre. La mobilité utérine est souvent difficile à apprécier, les adhérences se faisant le plus fréquemment avec le rectum, organe parfaitement mobilisable.

On aurait pu dire, pour défendre le procédé, que plus tard Alexander ouvrait le péritoine par les in-

cisions latérales et par là vérifiait les annexes. Mais alors pourquoi pratiquer une double laparotomie. N'était-ce pas compliquer les choses à plaisir !

Examinons maintenant l'hystéropexie directe.

On peut lui reprocher d'être anti-physiologique parce qu'elle déplace l'utérus, l'immobilise et parce qu'elle gêne certains organes en particulier la vessie. L'utérus est en effet mis dans une position anormale. Nous en rapportant aux anatomistes nous voyons que l'utérus est dans le petit bassin, « son fond est ordinairement à deux ou trois centimètres au-dessous du plan du détroit supérieur » (Testut et Jacob). Il est donc caché derrière la symphyse. En plaçant sa face antérieure et à plus forte raison l'isthme au contact de la paroi abdominale au-dessus du pubis et de la vessie on l'éloigne donc notablement de sa position normale.

L'utérus est immobilisé. La gêne qui en résulte n'est pas tant marquée pour les organes voisins que pour l'organe gestateur lui-même. Le rectum qui subissait une compression du fait de la rétrodéviatiion est maintenant libre dans ses changements constants de volume. Il s'en suit que souvent une constipation marquée est améliorée. La vessie est un organe extrêmement malléable qui peut donc aisément se distendre sur les côtés sans qu'il en résulte aucun trouble.

Le reproche le plus sérieux que l'on puisse faire à l'immobilisation, chez la femme non ménopausée, est de gêner l'augmentation de volume de l'utérus, d'où résultent surtout des inconvénients obstétricaux. Sa

fonction physiologique, sa propriété essentielle est la dilatabilité. Que celle-ci soit perdue et l'on conçoit que règles, et gestation surtout, puissent être considérablement gênées, celle-ci risquant le plus souvent de se terminer rapidement par une fausse couche ou d'entraîner, si elle est conduite à terme, la récurrence de la déviation par rupture des adhérences qu'on avait créées. Nous reviendrons ultérieurement sur ces inconvénients obstétricaux.

D'autre part ces adhérences intimes de l'utérus à la paroi abdominale peuvent dans certains cas, surtout si l'organe est quelque peu développé, provoquer une rétraction sus-pubienne de la paroi. Celle-ci n'a d'ailleurs pas d'autres inconvénient que de nuire à l'esthétique.

Parfois aussi des troubles, le plus souvent légers, pourront être notés. En général ce seront des troubles vésicaux, pouvant, lorsqu'ils se révèlent au minimum, déterminer simplement de la pollakiurie par compression, mais capables également de déterminer des cystites rebelles.

C'est exceptionnellement qu'on a pu citer des cas d'occlusion intestinale où la pexie directe était la cause déterminante.

On ne pourra plus formuler les mêmes reproches à l'égard des procédés d'hystéropexie indirecte par les ligaments ronds, raccourcissement intra-péritonéal ou inclusion pariétale.

Si'il n'est plus question ici d'immobilisation excessive, on peut se demander si les fixations ligamentaires qui sont plus logiques, physiologiques, plaçant

l'utérus en position normale, lui laissant sa mobilité et lui conservant sa dilatibilité, remplissent toujours le but proposé. Fixent-elles bien l'utérus dans sa position physiologique ? Parfois en effet on voit ces ligaments ronds, organes élastiques s'allonger du fait de la mauvaise qualité de leurs tissus comme du reste tout le système fibreux de ces malades qui sont atteintes de ptose utérine, et souvent aussi de ptose généralisée. D'autre part qu'une grossesse survienne et ces mêmes ligaments ronds s'adaptent à l'augmentation de volume de l'utérus, donc s'allongent, mais parfois après l'accouchement ne reprennent pas leurs dimensions premières lorsque l'utérus est revenu à son volume normal; et c'est alors la reproduction de la déviation.

Il est un autre reproche, celui-ci de pure technique, que nous ferons à tous les procédés employant un matériel résorbable. Le catgut en effet ne donne pas des résultats certains, sa résorption étant d'une durée extrêmement variable et par conséquent pouvant être terminée avant que des adhérences suffisantes se soient produites. Si nous ajoutons que la stérilisation de la soie et surtout du lin est plus sûre que celle du catgut on ne peut plus nous reprocher d'employer un matériel perdu non résorbable.

INCONVENIENTS OBSTETRICAUX

L'intérêt tout particulier que présente la question nous commande d'envisager les inconvénients obstétricaux à la suite d'hystéropexies directes. Nous ne reviendrons pas sur les procédés par ligamentopexie; nous venons de voir que la reproduction de la déviation pure et simple était le reproche important qu'on pouvait leur faire.

Les choses sont tout autres dans les hystéropexies directes et l'importance des troubles aux différents moments de la grossesse, veut que l'on en parle moins brièvement.

« Si l'on fixe à la paroi abdominale l'utérus d'une femme en âge d'avoir des enfants et si cette femme devient enceinte, les adhérences empêchent le développement ultérieur de la matrice; elles sont tirillées et la fausse couche est inévitable ». Cette opinion de Küstner, pour tant qu'elle soit exagérée n'en est pas moins vraie en principe.

Tous ces procédés concourent en effet au même résultat quant à la position donnée à l'utérus. Ils ne laissent à l'organe gestateur aucune mobilité, et le fixent dans une attitude d'antéversion forcée, en soudant son fond, et comme certains opérateurs l'ont fait, sa face postérieure très bas sur la paroi abdo-

minale. Or nous savons qu'anatomiquement et physiologiquement parlant, le développement de l'utérus gravide pendant les six premiers mois se fait au dépens de ses faces et de ses bords avec une prédominance marquée pour le fond de l'organe, tandis qu'à la fin de la gestation c'est le segment inférieur qui y prend part. C'est ce qui a fait s'exprimer aussi sévèrement Doléris : « Ces procédés sont antiphysiologiques et dépourvus de sens chirurgical autant que d'art. En même temps qu'ils sont parfaitement inélégants, ils annihilent la mobilité de l'utérus et contrarient sa fonction primordiale : la parturition ».

Au cours de la GROSSESSE, les troubles peuvent être très marqués devenant même de véritables complications. Comme nous l'avons dit déjà cette grossesse peut précocement être interrompue, surtout si la pexie a été faite par le fond de l'utérus et solidement fixée. Le résultat est fréquemment l'avortement. On a pu voir aussi des hémorragies parfois abondantes, anémiantes, provoquées par les tiraillements des adhérences, amenant le décollement du placenta. Assez fréquemment on a noté des présentations vicieuses. Toutefois on n'a pas le droit de rapporter toutes les complications ou dystocies possibles à l'hystéropexie, car elles peuvent se produire en dehors de la fixation et être complètement indépendantes d'elle.

Au moment de l'ACCOUCHEMENT, le travail peut être gêné, l'accommodation étant difficile, la dilatation étant lente, obligeant souvent à intervenir soit pour faire une dilatation manuelle, soit une incision du

col, soit même une opération césarienne. La lenteur du travail peut relever aussi de l'inertie utérine.

L'accident le plus grave et qui malheureusement n'est pas exceptionnel, — certains auteurs en rapportent plusieurs cas, — est la rupture utérine. Celle-ci se fait le plus souvent sur la face postérieure qui seule a pu exagérément se développer et est devenue d'une minceur extrême.

Au cours de la DELIVRANCE, il ne se passe en général rien d'anormal. Cependant, on a pu voir des hémorragies dues à l'inertie utérine, et à l'obstacle mécanique formé par les adhérences qui empêchent la régression de l'utérus.

★

★ ★

Pour résumer toute cette discussion on peut dire que parmi tous les procédés envisagés, quelques-uns présentent cependant des avantages, suivant les cas auxquels ils s'appliquent. Il est certain que peuvent être employés avec succès, en particulier chez les femmes âgées dont la vie génitale est terminée, les techniques de Terrier, Dartigues, Doléris, au même titre que le cloisonnement élargi du vagin, simple modification de l'opération de Le Fort, qui si elle donne pour certains de bons résultats, a peut-être cependant l'inconvénient d'enfouir l'utérus et son col en ne laissant qu'un très petit pertuis souvent problématique pour assurer la communication de l'organe avec la cavité vaginale.

Mais chez les femmes jeunes, tous ces procédés présentent les inconvénients que nous avons signalés : reposition anormale de l'utérus, immobilisation de l'organe avec toutes les complications obstétricales possibles, ou bien au contraire récédive, par allongement secondaire des ligaments ronds, des lésions ayant motivé l'intervention.

CHAPITRE III.

I. PROCÉDÉ SÉNÉCHAL Par HYSTÉRO-LIGAMENTOPEXIE

Les critiques et discussions que nous avons formulées nous ont amenés à consacrer ce chapitre à la description d'une technique jusqu'ici inédite (1), et qui nous a paru comme nous le verrons ultérieurement, présenter au maximum les avantages que l'on est en droit d'attendre d'une hystéropexie.

S'inspirant à la fois de la ventro-fixation, du procédé employé dans les années qui précédèrent la guerre de 1914-18 par le Docteur Emile Raymond, et du raccourcissement intra péritonéal des ligaments ronds, notre Maître le Docteur M. Sénéchal décrivit un procédé, en modifia successivement certains points, pour enfin l'employer, et cela depuis plusieurs années, définitivement mis au point tel que nous allons le décrire en détails.

(1) Cette technique a cependant fait l'objet d'une communication au dernier congrès de chirurgie (Paris, oct. 1930) par le Dr Sénéchal.

Description détaillée de la technique opératoire.

1^{er} Temps — Ouverture de la cavité abdominale.

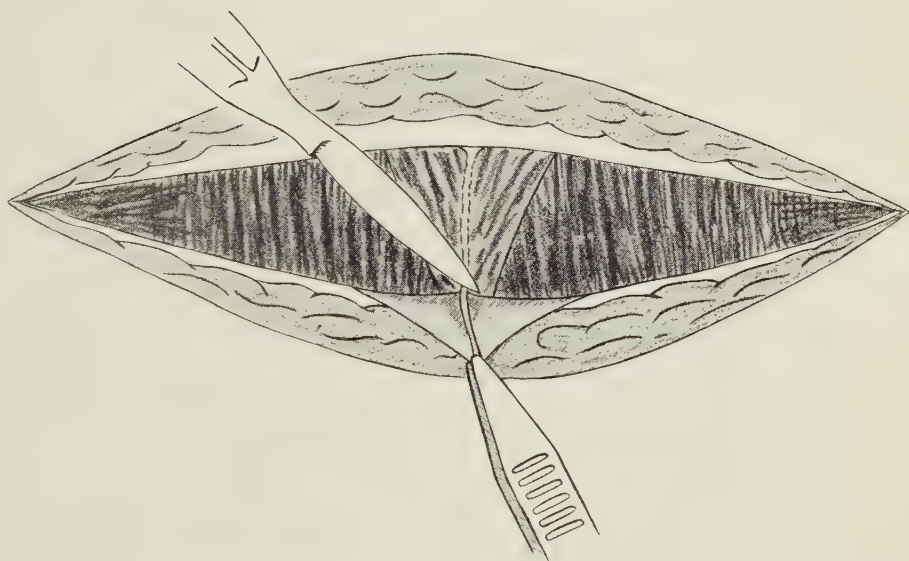
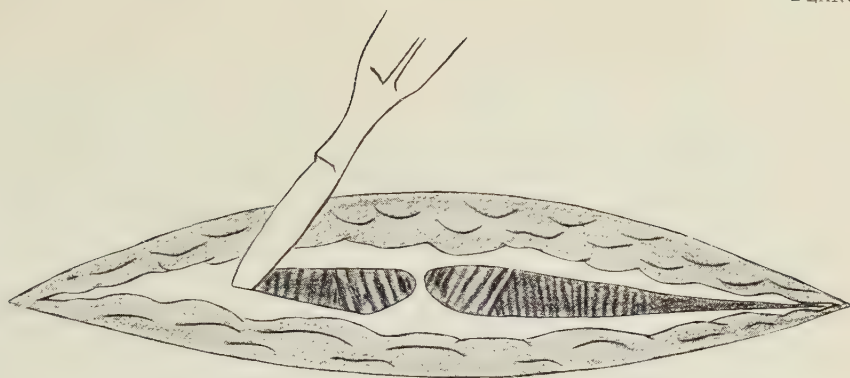
La malade étant mise en position de Trendelenburg, cette ouverture sera faite par une incision cutané-apronévotique transversale.

L'incision cutanée est moyennement de 12 à 15 centimètres de longueur et sera d'autant plus longue dans les cas d'adipose prononcée. Elle est curviligne, en croissant, à concavité supérieure, faite au-dessous du pli de flexion naturel qui existe chez presque toutes les femmes au-dessus du pubis, à 1,5 à 2 centimètres au-dessus de celui-ci, donc en pleine zone pileuse dont la peau aura été très soigneusement rasée et aseptisée.

Cette incision doit être faite *d'emblée à fond* jusqu'à l'aponévrose, cela pour éviter de décoller le tissu cellulo-graisseux de cette aponévrose ce qui risquerait d'entraîner la possibilité de sphacèle en lui faisant perdre ses moyens de vitalité.

L'hémostase doit être parfaite et rapide. En général quelques pinces jetées sur chaque lèvre, sur les veines superficielles suffisent à juguler l'hémorragie.

L'aponévrose reconnue, on la soulève sur la ligne médiane à l'aide d'une pince à disséquer. On l'incise sur toute la longueur de l'incision cutanée en



s'efforçant toujours de ne pas décoller le tissu cellulo-grasieux pour éviter l'accumulation d'un suintement séro-sanguin entre la couche adipeuse et l'aponévrose. Chez les premières opérées où on ne respectait pas cette technique, on a vu se produire cet incident, déterminant des collections séro-hématiques dont l'évacuation retardait la cicatrisation définitive de la plaie opératoire et laissait parfois une cicatrice en partie adhérente ou inesthétique.

Cette incision de l'aponévrose ne présente aucune difficulté; cependant nous préconisons un procédé qui avec quelque habitude la rend à la fois des plus rapides et des plus faciles : On pratique au bistouri, sur la ligne médiane, une légère brèche transversale dans l'aponévrose. On introduit ensuite dans cette brèche la pointe du bistouri tenu obliquement et dirigé vers l'opérateur, le tranchant regardant vers le haut. Il suffit alors de tirer le bistouri à soi en ayant soin de maintenir constante la profondeur de la pointe pour ne pas blesser les muscles. On procède symétriquement pour la deuxième moitié de l'incision. On remarque souvent, surtout dans les angles le double étage aponévrotique signalé par Pollosson, et on sectionne dans ce cas successivement les deux feuilletts. L'incision va généralement du bord externe d'un muscle droit au bord externe de l'autre (Planche I, Figure I) (1).

On décolle ensuite l'aponévrose des muscles droits en la soulevant en son milieu avec une pince à dis-

(1) Ces planches sont la reproduction de dessins en couleurs de M. J. Bailey, Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine.

séquer et en sectionnant au bistouri de préférence, ou avec des ciseaux courbes, la ligne blanche au ras des muscles droits, jusqu'à ce qu'on ait nettement dépassé la limite supérieure des muscles pyramidaux (Planche I, Figure II.)

Le décollement médian et latéral s'achève alors aisément avec la pulpe des doigts recouverts d'une compresse. C'est la seule façon d'être sûr de ne pas blesser les muscles, par conséquent de ne pas les faire saigner, et donc d'éviter ainsi un hématome de la gaine musculaire presque infaillible si on procède autrement. (Planche I, Figure III.)

Après être allé ainsi jusqu'à l'ombilic, sans difficulté, on fixe alors ce volet cutané-aponévrotique par une pince de Museux et on recouvre sa face profonde avec un champ.

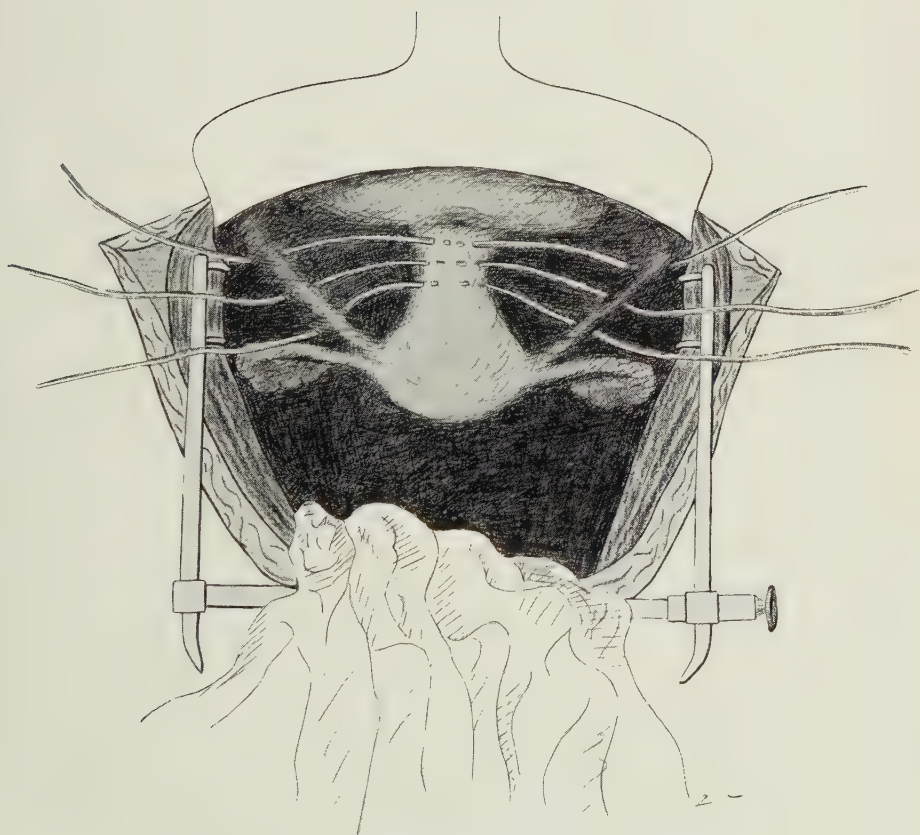
L'ouverture longitudinale du péritoine après séparation des muscles droits, si besoin est, ne présente rien de spécial et se fait comme dans une laparotomie médiane.

Mise en place de champs bordants qu'on s'est toujours très bien trouvé de fixer aux téguments avec des griffes en pinces de homard de Jayle.

Ce temps d'incision et d'ouverture de la paroi, dont la description peut paraître un peu longue, du fait de certains détails sur lesquels il était nécessaire d'insister est en réalité très rapide, autant même que dans une laparotomie médiane.

PLANCHE II

Passage des fils chargeant les ligaments ronds et faufileés dans le péritoine en regard de la partie inférieure de l'isthme utérin.



2^e Temps — Examen du petit bassin.

Pour maintenir béante l'ouverture, il suffit de placer une valve de Doyen; et en ajoutant un écarteur de Gosset grand modèle (nous nous sommes toujours trouvés satisfaits de cette méthode) on a tout le jour désirable pour toute opération portant sur les organes du petit bassin et en particulier pour celle qui nous intéresse ici.

Il est alors facile après avoir refoulé et protégé les anses intestinales par un champ, dégageant ainsi le champ opératoire d'examiner les annexes et de pratiquer une intervention accessoire jugée nécessaire : libération d'adhérences, ignipuncture, ablation d'une trompe, d'un ovaire.

L'utérus est ensuite dégagé, mollement pris par une pince hystérolabe confiée à l'aide, remonté et attiré vers le haut dans la situation qu'il doit occuper.

3^e Temps — Mise en place des fils.

On place alors trois fils simples de lin N^o 1 ou 2 faufileés sous le péritoine exclusivement et de la façon suivante (Planche II.)

Le premier fil charge le ligament rond sensible-

(1) A l'origine le D^r Sénéchal employait des fils de catgut n^o 2. Mais leur résorption irrégulière étant parfois trop rapide, il a été incité l'année dernière, à la suite de deux récidives constatées chez des malades opérées en 1929 à employer un matériel non résorbable. Cette pratique n'a du reste aucun inconvénient, ces fils perdus étant parfaitement tolérés sous le couvert d'une asepsie rigoureuse. Comme nous le verrons l'analyse des circonstances de ces récidives nous a montré qu'il s'était produit un relâchement progressif et rapide du néo-ligament constitué chirurgicalement.

ment en son milieu, attaque ensuite le feuillet antérieur du ligament large au niveau de sa réflexion pour former la paroi externe du cul de sac de Douglas, intéresse le cul de sac vésico-utérin où il est faufile à hauteur de la partie inférieure de l'isthme, ressort après avoir intéressé le feuillet antérieur du ligament large du côté opposé et enfin charge le ligament rond à la même hauteur que le premier. (Le point de pénétration de ce fil est évidemment légèrement variable suivant la longueur du ligament rond et il est d'autant plus éloigné de la corne utérine que ce ligament est plus long.)

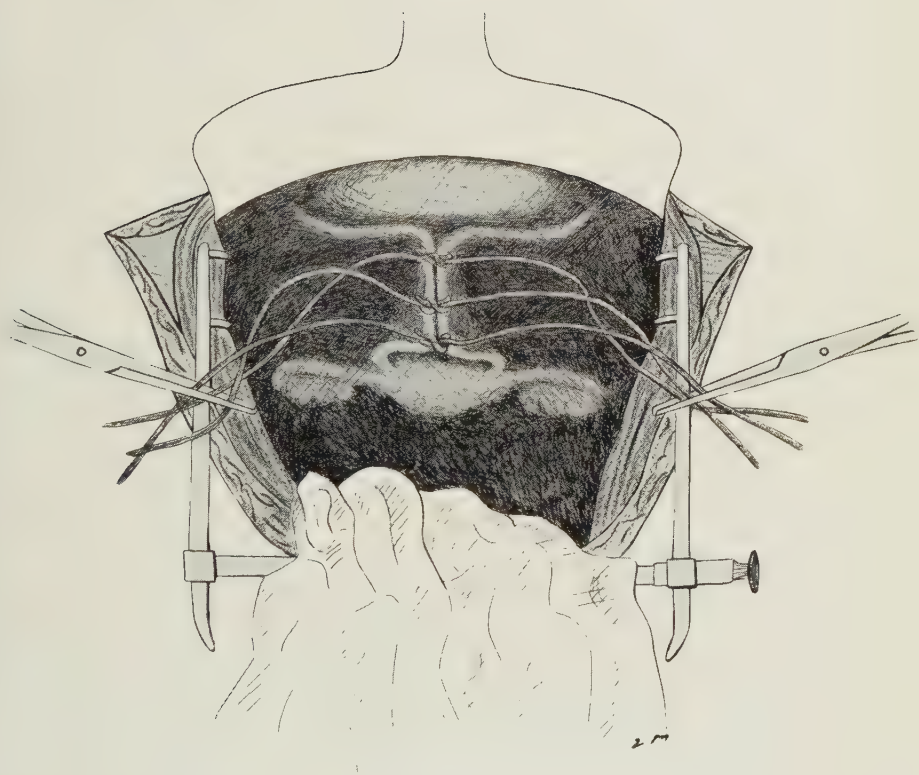
Les deuxième et troisième fils chargent le ligament rond puis la portion du feuillet antérieur du ligament large, l'espace décollable pré-cervico-utérin où ils sont également faufiles, le ligament large et le ligament rond du côté opposé. En aucun cas ces fils ne doivent être faufiles en regard de la face antérieure, à plus forte raison du fond de l'utérus. Ces trois fils ont leurs points de pénétration et de sortie du ligament large d'autant plus éloigné de la ligne médiane qu'on remonte du col vers le corps de l'utérus; les six points envisagés formant en quelque sorte un trapèze isocèle à petite base inférieure.

On noue ensuite ensemble les deux chefs de chaque fil et on conserve les six brins sans les couper. On a ainsi constitué un puissant ligament qui soutient l'utérus depuis la portion cervicale sur toute la hauteur du corps, en lui laissant une mobilité suffisante. (Planche III.)

PLANCHE III

Les chefs de chaque fil sont noués deux à deux et fixés
par des pinces.

On aperçoit dans le fond le néo-ligament constitué par les ligaments ronds et le péritoine de la face antérieure de l'isthme.



4^e Temps — Fermeture de la paroi.

On passe alors chacun des six chefs à travers les plans péritonéo-musculaires de la paroi abdominale de dedans en dehors en ménageant leur sortie en dehors des muscles pyramidaux et à une hauteur convenable, telle que l'utérus soit normalement en place après fermeture, c'est-à-dire suffisamment remonté et cependant sans excès pour éviter tout tiraillement. (Planche IV.)

Après fermeture du péritoine qui a été repéré par quatre pinces et suturé par un surjet au catgut fin, mené de bas en haut, on lie brin à brin les trois fils de lin, en avant des muscles droits. On termine le rapprochement de ces muscles vers la partie supérieure par un ou deux points lâches de catgut. Si cela est nécessaire les muscles pyramidaux sont suturés par leurs pointes en leur place normale (Planche V.)

La fermeture du plan aponévrotique est faite par un surjet au catgut N° 2 mené de bout en bout, chargeant bien les deux feuillets étagés aux extrémités de l'incision. Le point de ce surjet correspondant à la ligne médiane est laissé assez lâche pour permettre d'introduire sous l'aponévrose en avant des muscles, un faisceau de crins qui assurera un drainage capillaire si besoin est. Ce faisceau n'est du reste pas indispensable, surtout si l'hémostase n'a pas présenté de difficultés. Cependant nous le préconisons et l'employons systématiquement à titre de sécurité pour éviter toute complication, en particulier la

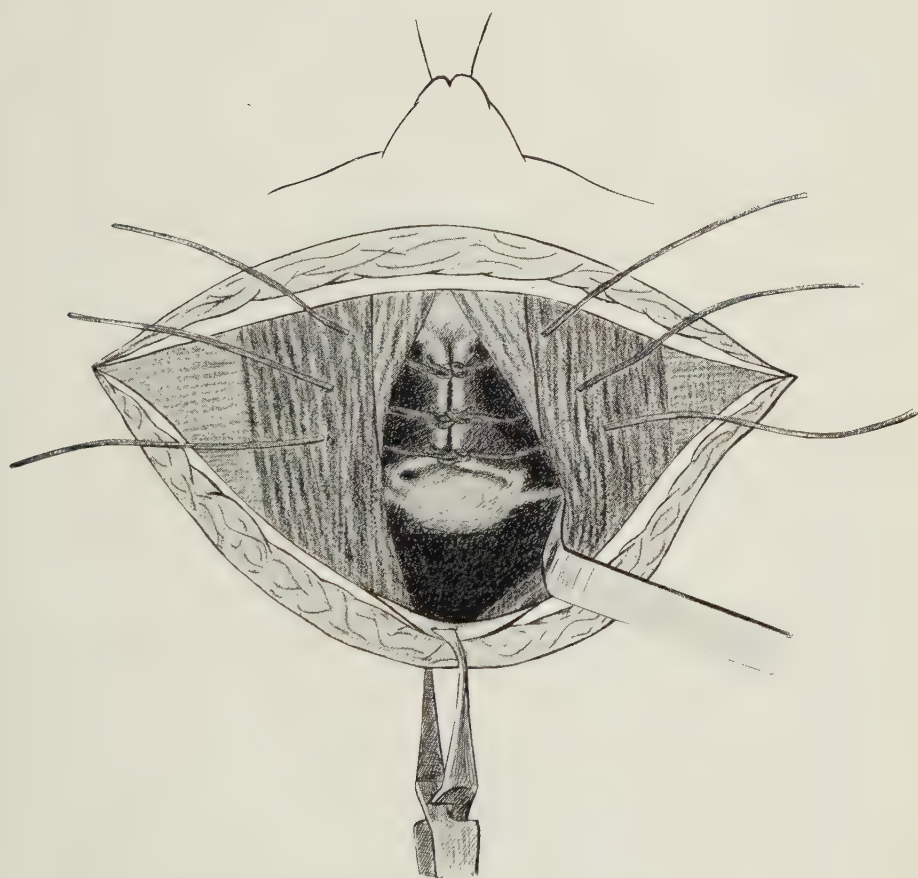
réten tion d'un hématome dû à l'agitation parfois marquée de la malade à son réveil. Nous n'avons jamais eu à nous plaindre de l'emploi de ce faisceau, — du reste supprimé après 48 heures, — et qui n'a jamais rien enlevé à la solidité et à l'esthétique de la cicatrice.

Si la paroi est très adipeuse, un ou deux points de capitonnage au catgut fin sur le tissu cellulaire éviteront la formation d'un espace mort et permettront l'affrontement facile des lèvres cutanées, soit par des agrafes, dont nous avons toujours été satisfaits soit par tout autre moyen du choix de l'opérateur. Le faisceau est maintenu en place par un crin noué sur la ligne médiane.

Un pansement léger suffit amplement, fixé par une simple feuille de leucoplaste.

PLANCHE IV

Passage des six brins à travers les plans péritonéo-musculaires.



II. AVANTAGES DE CE PROCEDE

A. Si on l'envisage pour la généralité des cas, on peut reconnaître facilement que :

1. Il est applicable à tous les cas, aussi bien chez la femme ménopausée que chez celle dont la vie génitale est encore en activité. En particulier chez les premières et chez les malades âgées, où fréquemment à une déviation s'associe un prolapsus génital plus ou moins complet, cette histéro-ligamentopexie donne les meilleurs résultats associée à une colpopérinéorrhaphie et même à une colporrhaphie antérieure.

2. Elle permet d'obtenir la reposition normale de l'organe gestateur. Elle réalise en effet une véritable « *nidation* » de l'utérus au dépens des ligaments larges, du cul-de-sac vésico-utérin nettement raccourci, d'où formation d'un puissant ligament artificiel auquel coopère les ligaments ronds et qui « *soulage et renforce la clef de voute* » formée par la portion du releveur de l'anūs.

On obtient une suspension nettement plus puissante et plus efficace que par la simple inclusion pariétale des ligaments ronds de Doléris.

3. La mobilité physiologique de l'organe est parfaitement respectée et rétablie, la fixation étant bien faite à la paroi abdominale antérieure, mais cela par l'intermédiaire du puissant ligament artificiel-

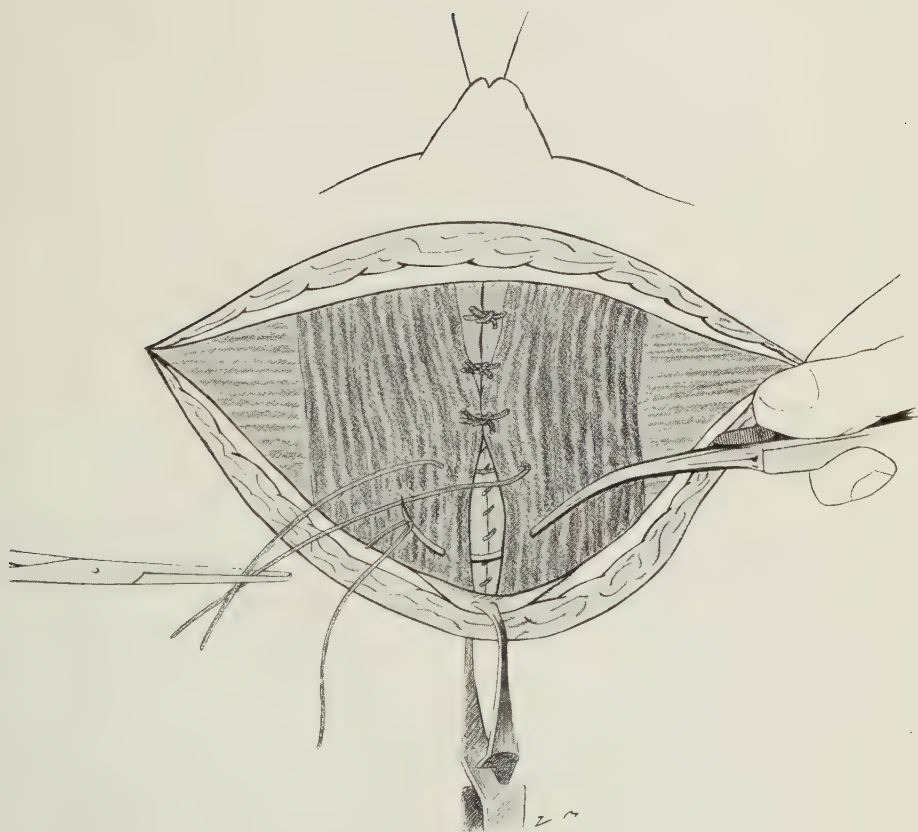
lement reconstitué et qui fait en quelque sorte charnière permettant aisément les mouvements latéraux. Les mouvements verticaux de l'utérus sont également faciles puisque les moitiés internes des ligaments ronds sont libres à partir des cornes utérines jusqu'au point supérieur de fixation.

C'est en même temps, anatomiquement parlant, ce qui permet à l'utérus d'être vraiment à sa place normale et bien que le ligament reconstitué soit fixé nettement au-dessus du pubis, le fond de la matrice ne dépasse pas la symphyse. (Planché VI.)

4. Nous n'avons jamais noté aucun trouble fonctionnel, pas plus de phénomène douloureux de quelque nature qu'ils soient que de troubles vésicaux.

PLANCHE V

Fermeture de la paroi. On aperçoit dans le fond le surjet
péritonéal



AVANTAGES OBSTETRICAUX

B. Au point de vue obstétrical le procédé que nous préconisons présente aussi le maximum d'avantages :

Il a permis tout d'abord, comme nous le verrons dans plusieurs observations de traiter efficacement la stérilité chez des malades qui malgré leur désir ne pouvaient avoir d'enfants. Quelques mois après l'intervention elles étaient enceintes et ont toujours mené à bien leurs grossesses parfois répétées. Il faut évidemment que la perméabilité de la trompe existe. L'intervention peut du reste la rétablir, nous en verrons la preuve plus loin dans les observations N° 1 et 7 malgré l'opinion de MM. Francillon, Lobre et Dalsace qui prétendent n'avoir jamais enregistré de grossesse après simple hystéropexie chez des femmes manifestement stériles, si une hystérographie n'a pas été également pratiquée.

Au cours de la GROSSESSE, aucun trouble spécial imputable à l'hystéropexie ne s'est révélé, l'utérus étant parfaitement mobile et donc son développement pouvant se faire normalement. On n'a pas non plus noté de présentations vicieuses. Parmi les cas venus à notre connaissance nous n'avons relevé que des présentations du sommet.

Au moment de l'ACCOUCHEMENT, le travail s'est bien effectué et dans des temps normaux, sans qu'il

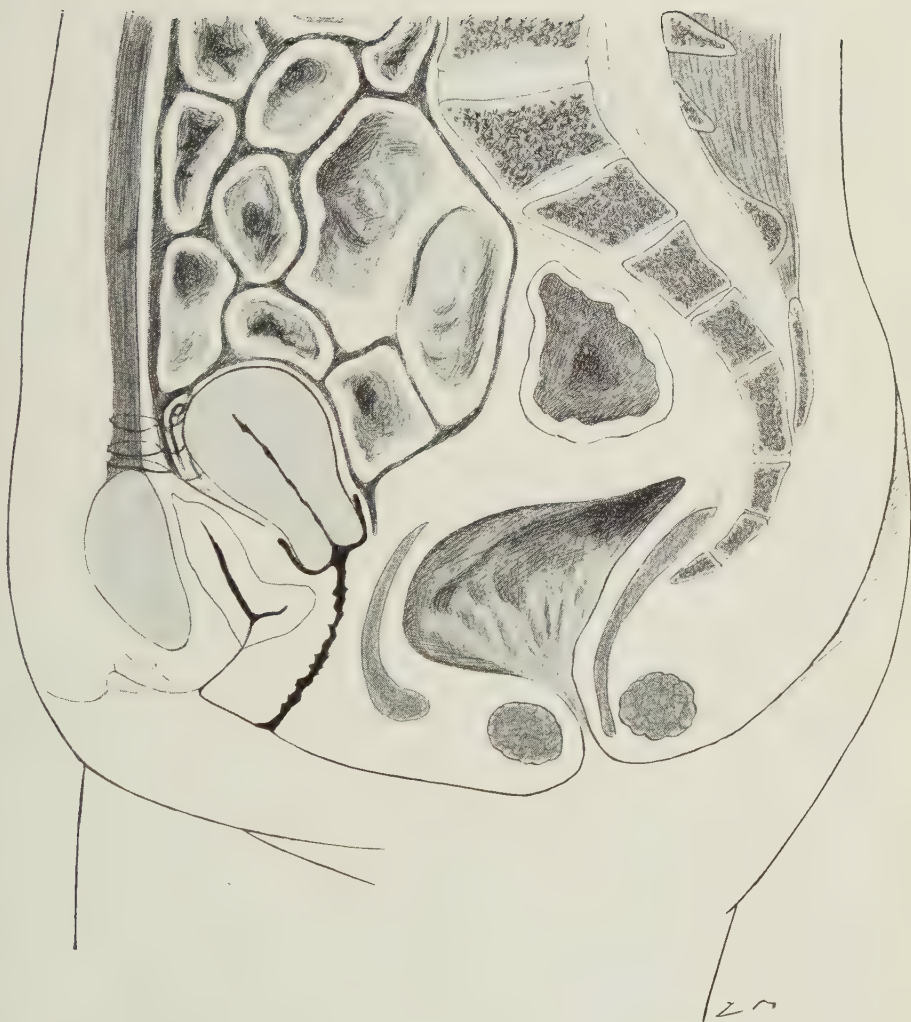
ait été nécessaire d'intervenir, pas plus d'ailleurs que pour l'expulsion elle-même qui a toujours été spontanée.

Au cours de la DELIVRANCE, on n'a eu à noter aucun incident spécial, en particulier, inertise utérine ou hémorragies abondantes, aucune bride adhésive ne devant gêner la régression normale de l'utérus.

Dans les suites de couches, chez quelques malades même après plusieurs grossesses, un examen fait à longue échéance n'a jamais montré la réapparition de la déviation qui avait motivé l'intervention. Nous pensons que ces résultats heureux sont dus à ce que l'on ne s'est pas contenté de faire simplement un raccourcissement des ligaments ronds. Si en effet après régression de l'utérus ceux-ci ne sont pas revenus complètement sur eux-mêmes, le néo-ligament constitué chirurgicalement n'en garde pas moins toute son efficacité. Il doit cette propriété au fait d'être composé d'éléments divers étroitement associés.

PLANCHE VI

Coupe sagittale (Côté droit) montrant la reposition normale de
l'utérus après l'opération.
Le ligament rond gauche a été sectionné pour la clarté de la coupe.



III. SOINS POST-OPERATOIRES MEDIATS

Nous avons voulu dans ce chapitre faire allusion à la conduite à tenir vis-à-vis des opérées pendant les mois qui suivent l'intervention.

Si les avantages que nous avons signalés sont certains, il est nécessaire pour qu'ils soient durables de prendre certaines précautions. Opérer les malades et corriger leurs déviations utérines, c'est bien; mais maintenir le rétablissement de la valeur fonctionnelle des organes touchés par contre-coup par les rétrodéviations, c'est là ce qu'elles demandent. Aussi non seulement n'a-t-on pas le droit de les abandonner après l'acte chirurgical, mais encore faut-il s'astreindre à les revoir et à les suivre pour s'assurer que le traitement post-opératoire prescrit est rigoureusement observé.

Il faut en effet exiger des malades opérées tout d'abord l'observation des règles d'hygiène générale : alimentation soignée, hydrothérapie, exercices physiques; l'exécution méthodique et suivie de mouvements de gymnastique propres à permettre le renforcement ou la récupération d'une paroi abdominale solide; la mise en œuvre de tous les moyens si le besoin en est, pour obtenir le bon fonctionnement des voies digestives et intestinales.

On ne saurait trop insister sur le traitement post-opératoire dont la bonne observation permet d'obtenir une cure définitive.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS

Observation N° 1.

Mme N..., Juin 1918.

La malade est venue pour troubles digestifs, constipation. Mariée depuis plusieurs années et n'ayant pas encore eu d'enfants malgré son désir, elle demande un conseil pour sa stérilité.

A l'examen, le toucher vaginal montre l'utérus en rétroflexion, appuyant fortement sur le rectum, très nettement perceptible dans le Douglas. Le col est un peu haut derrière la symphyse. L'intervention est conseillée.

A l'opération, on trouve des lésions de pelvi-péritonite chronique; on procède à l'ouverture des trompes qui sont fermées et on fixe les pavillons; on réduit la rétroflexion et on fait une hystéro-ligamentopexie. Appendicectomie.

Quatre mois après on note des signes de grossesse au début. Malgré les conseils donnés, six semaines après Mme N... passe une après-midi debout à un spectacle sportif et rentre chez elle très fatiguée; elle fait une fausse couche; six mois après nouvelle grossesse qui est normalement menée à terme. Mme N... fait encore de 18 mois en 18 mois deux nouvelles grossesses qui sont également bien conduites à terme.

Pas plus au cours des accouchements que dans les suites de couches on ne relève d'incident notable. Les accouchements ont tous été spontanés après présentation du sommet.

Observation N° 2.

Mlle M., Août 1918. La malade vient consulter pour leucorrhées assez abondantes; elle se plaint de douleurs inconstantes du petit bassin avec parfois des crises très douloureuses.

Toucher vaginal. Les culs-de-sac latéraux sont empâtés, tendus et douloureux; le cul-de-sac de Douglas est occupé par le corps de l'utérus. On décide de l'opération pour salpingite légère.

Intervention. Ouverture par incision transversale cutané-aponévrotique. Les annexes sont enflammées et adhérentes dans le Douglas où elles entraînent l'utérus qui est fixé; libération des adhérences; hystéro-ligamentopexie.

Mariée cinq ans après. Quelques mois après grossesse qui est normalement conduite à terme; présentation du sommet; accouchement spontané.

Un nouvel examen pratiqué à quelque temps de là montre l'utérus en bonne position.

Observation N° 3.

Mme E., Pauline, 24 ans. 15 mars 1919. Est vue pour douleurs abdominales irradiant dans la fosse iliaque droite et dont l'apparition a été brutale; léger retard de règles de quinze jours. On note un état nauséux; pas de température; léger écoulement sanguin par la vulve.

Toucher vaginal. Le col est en position normale, de consistance normale; les culs de sac droit et postérieur sont empatés douloureux. On ne sent pas par le palper abdominal le corps utérin la malade contractant la paroi. Pertes blanches habituelles; règles normales jusqu'à maintenant.

Intervention. Incision transversale cutanééo-apo-névrotique; les annexes sont turgescents, congestionnées; les pavillons sont ouverts. L'utérus est rétrodévié. Hystéro-ligamentopexie. Ablation de l'appendice enflammé, coudé, adhérent et rétro-cœcal.

Le toucher vaginal pratiqué quinze mois après montre l'utérus en position normale.

Observation N° 4.

Mme R... Elise, 28 ans. Opérée le 21 juillet 1919 pour rétroversion. L'utérus est dans le Douglas avec les ovaires gros et les trompes rouges, enflammées, très adhérentes aux anses grèles. Libération de ces adhérences; ignipuncture de l'ovaire droit; hystéro-ligamentopexie.

La malade a été revue dix ans après sans qu'on note de récurrence.

Observation N° 5.

Mme V... Juliette, 28 ans. La malade consulte pour dysménorrhée avec sang noir abondant et caillots; douleurs dans le petit bassin; les règles reviennent toutes les trois semaines.

Toucher vaginal. Les culs-de-sac latéraux sont empâtés. On sent dans le Douglas les annexes droites faisant corps avec l'utérus.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Salpingectomie gauche, ignipuncture de l'ovaire scléro kystique; les annexes droites sont enlevées; les adhérences postérieures de l'utérus sont libérées et on fait une hystéro-ligamentopexie.

La malade a été revue à plusieurs reprises, la dernière fois il y a deux ans. Pas de récurrence.

Observation N° 6.

Mme S..., Mars 1923. La malade est vue pour troubles digestifs s'accompagnant fréquemment de ballonnement abdominal et de douleur de la fosse iliaque droite; retentissement sur l'état nerveux et psychique.

A l'*Opération* on enlève l'appendice présentant des lésions anciennes d'inflammation et on fait une hystéroligamentopexie.

La malade a été revue plusieurs fois à longue échéance; toucher vaginal normal; on constate une modification heureuse du caractère.

Observation N° 7.

Mme X..., 22 ans. Juillet 1923. Il s'agit d'une femme grasse venant consulter pour stérilité. Les troubles généraux légers que l'on relève tiennent au commencement d'obésité. On institue pendant quelque temps un régime amaigrissant.

Examen. Rétroflexion avec pelvipéritonite chronique.

Opération. Incision cutané-aponévrotique transversale. Réouverture des deux trompes qui étaient fermées et fixation des pavillons. Hystéro-ligamentopexie.

Revue quatre mois après pour début de grossesse. Celle-ci est normalement menée à terme. Puis deux

autres grossesses successivement à un an d'intervalle. Accouchements (sommets) et délivrances sans incidents.

Revue ensuite plusieurs fois; pas de récurrence.

Observation N° 8.

Mme B... Simone. 15 septembre 1924. Se plaint de sensation de pesanteur rectale; constipation. Accuse des pertes blanches assez abondantes; les règles sont douloureuses pendant les premiers jours.

Toucher vaginal. L'utérus est basculé en arrière dans le Douglas; sa mobilisation n'est pas douloureuse. La rétroversion est facilement réduite mais se reproduit aussitôt.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. On trouve de légères adhérences épiploïques facilement libérées. L'utérus est fortement basculé en arrière; on fait une hystéro-ligamentopexie.

Malade revue en 1930; pas de récurrence.

Observation N° 9.

Mme T... Lucienne, Juin 1924. La malade alors jeune fille est vue pour appendicite sub-aiguë. Plusieurs crises légères antérieures; dans l'intervalle elle éprouve parfois une douleur de tout l'abdomen avec prédominance dans la fosse iliaque droite.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. Ablation de l'appendice long, coudé, en par-

tie adhèrent au cæcum, après libération de ces adhérences. On découvre une rétroflexion nette que l'on corrige par une hystéro-ligamentopexie.

Les suites opératoires immédiates sont compliquées par une grippe assez longue.

La malade s'est mariée en 1928. En 1929 grossesse qui est menée à bonne fin sans aucun incident (Présentation du sommet, accouchement et délivrance normales.) Revue fin 1930, pas de récurrence.

Observation N° 10.

Mme B..., 24 février 1925. Consulte pour dysménorrhées, troubles vésicaux, pertes blanches abondantes.

Toucher vaginal. Le col est en place légèrement entrouvert. Les culs-de-sac latéraux sont légèrement empâtés et sensibles. Dans le Douglas on trouve le corps utérin qui est gros, (du volume du poing), irréductible; il est également perceptible par le palper abdominal.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. L'utérus maintenu par des adhérences très serrées est dans le Douglas, avec sur sa face antérieure un fibrome sous séreux de la grosseur d'une mandarine. On libère les adhérences; myomectomie; hystéro-ligamentopexie. Appendicectomie.

La malade est revue deux fois au cours de l'année 1926; pas de récurrence.

Observation N° 11.

Mme X..., 35 ans. Septembre 1925. La malade est vue pour salpingite bilatérale; elle accuse des douleurs parfois vives de la partie inférieure de l'abdomen; les pertes blanches sont depuis plusieurs années très abondantes.

Toucher vaginal. Il montre des lésions importantes. Les culs-de-sac latéraux sont très empâtés, tendus, et le toucher y réveille une douleur vive. Le Douglas est comblé par la masse du corps utérin.

Intervention. Incision transversale cutanée-aponévrotique. Les adhérences serrées des annexes sont libérées; la rétroversion est corrigée par une hystéroligamentopexie.

La malade a été revue seulement en avril 1930. Le toucher vaginal a montré la récurrence de la rétroversion qui ne s'accompagnait d'aucun signe douloureux spécial.

Observation N° 12.

Mme L..., 32 ans. La malade est vue pour troubles douloureux abdominaux s'accompagnant de pertes blanches abondantes. La palpation profonde de la fosse iliaque droite est légèrement douloureuse.

Toucher vaginal. Les annexes sont perceptibles dans les culs-de-sac latéraux sous forme de masses volumineuses et fixées. On sent dans le Douglas l'uté-

rus qui est basculé en arrière; il est bosselé, présentant sur son fond un petit fibrome.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. On libère les adhérences des trompes et des ovaires scléro-kystiques sur lesquels on fait de l'ignipuncture. Myomectomie. On réduit la rétroversion et on pratique une hystéro-ligamentopexie.

La malade est revue pour la dernière fois le 10 février 1931 : les douleurs et les pertes ont disparu, l'examen du petit bassin est normal.

Observation N° 13.

Mlle C... Suzanne, 30 ans. Juillet 1925. La malade est vue pour troubles digestifs, douleurs abdominales plus marquées à droite et procédant parfois par crises légères. Se plaint également d'avoir des règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses surtout dans les heures qui précèdent leur apparition.

Toucher vaginal. Les culs-de-sac latéraux sont libres; le corps utérin est dans le Douglas, son col est sensiblement à sa place normale.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Appendicectomie. L'utérus est peu développé, en rétroflexion intense, sans lésions inflammatoires; les annexes sont normales. On fait une hystéro-ligamentopexie.

La malade est revue pour la dernière fois en décembre 1930. Elle va bien; les douleurs ont disparu; l'utérus est en bonne position.

Observation N° 14.

Mme B..... 9 Octobre 1925. Est vue pour douleurs abdominales qu'on localise au petit bassin. La malade accuse des pertes blanches très abondantes. Elle est habituellement constipée.

Toucher vaginal. Le col est gros, déchiqueté; on le trouve un peu haut dans le cul-de-sac antérieur. Dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse douloureuse et rénitente. Le cul-de-sac droit est souple mais douloureux. Le fond utérin est senti par le palper abdominal profond à deux travers de doigts sous la symphyse.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. L'utérus et la trompe gauche sont adhérents aux anses intestinales et sont prolabés dans le Douglas. Libération des adhérences. La trompe gauche malade est enlevée; la trompe droite est un peu congestionnée. Hystéro-ligamentopexie. Appendicectomie.

La malade est revue en 1928; rien à signaler.

Observation N° 15.

Mme A..... 15 Octobre 1925. La malade est vue pour amaigrissement, troubles digestifs, anorexie; douleurs de la fosse iliaque droite. Les règles sont en quantité normale mais irrégulières.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation d'un appendice rétro-cœcal long et

sous-séreux. L'utérus est en rétroversion libre. L'ovaire gauche scléro-kystique est enlevé. Hystéroligamentopexie.

La malade est revue quatre mois après pour un début de grossesse. Quelques jours après on est rappelé pour une hémorragie; la malade avoue que des manœuvres abortives ont été pratiquées; on fait un curettage.

Un an après nouvelle grossesse; nouvelle tentative d'avortement; on constate un petit suintement sanglant mais l'avortement ne se produit pas; on note cependant à ce moment-là une réaction des annexes droites qui fait penser à une grossesse extra-utérine. Mme A... va consulter le D^r Lecène qui pose le même diagnostic et fait une laparotomie; il enlève les annexes droite laissant l'utérus qu'il considère comme gravide. Un mois après il se produit une nouvelle perte de sang qui augmente de plus en plus; la fausse couche se produit. Le D^r Lecène refait un curettage pour extraction du placenta. L'utérus est malgré tout resté en bonne position.

Observation N° 16.

Mme B..., 30 ans. 8 Février 1926. La malade est vue pour troubles digestifs, constipation; la fosse iliaque droite est sensible et gargouillante. Les règles sont normales, mais on note des pertes blanches habituelles.

Toucher vaginal. Le col est dévié en haut; le cul-de-

sac droit est sensible; on atteint dans le cul-de-sac postérieur le fond de l'utérus qui est gros.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Appendicectomie avec plicature du cœcum. L'utérus est fibromateux, de la taille d'une orange, appuyant sur le rectum. A la demande de la malade l'utérus est conservé et on fait une hystéro-ligamentopexie.

La malade a été revue depuis à plusieurs reprises : pas de récidence de la rétrodéviation; pas de grossesse malgré le désir qu'elle en avait.

Observation N° 17.

Mme F... Blanche, 25 ans. 26 Avril 1926. La malade est vue pour troubles digestifs, inappétence, amaigrissement; elle accuse des pertes blanches assez abondantes; les règles sont normales. A l'examen la fosse iliaque droite est légèrement douloureuse, le cœcum est gargouillant.

Au toucher vaginal : le col est plaqué contre la symphyse pubienne. Le cul-de-sac droit est sensible mais souple; le cul-de-sac gauche est également souple; on y perçoit l'ovaire qui est douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse dure semblant se continuer avec le col et être le corps utérin. Les essais de mobilisation sont douloureux.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. On trouve un appendice sous-hépatique avec dilatation coéciale, appendicectomie et plicature

du cœcum. L'utérus est en rétroversion fixée avec salpingo-ovarite gauche; libération des adhérences; hystéro-ligamentopexie.

La malade a été revue fin 1927 : à ce moment l'utérus était en place normale.

Observation N° 18.

Mme B.... 3 Mai 1926. On voit la malade pour appendicite chronique; elle a eu deux crises antérieures à un an d'intervalle, la dernière remontant à six mois. A la palpation abdominale on réveille une douleur fixe et assez vive de la fosse iliaque droite.

Toucher vaginal. Il est normal. On ne sent pas le fond de l'utérus.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation d'un appendice rétro-cœcal. L'utérus tend à occuper le cul-de-sac postérieur; on fait une hystéro-ligamentopexie.

La malade a été revue plusieurs fois; le toucher est normal. Pas de grossesse.

Observation N° 19.

Mme W... Georgette, 26 ans. 26 Mai 1926. Cette malade vient consulter pour douleurs abdominales surtout localisées à la fosse iliaque gauche. Elle accuse des pertes blanches abondantes.

Toucher vaginal. Le cul-de-sac droit est souple; les culs-de-sac gauche et antérieur sont en partie comblés par une masse que l'on détermine mal; elle est douloureuse, immobile, ne semblant pas prolonger le col. On ne sent pas l'utérus.

Intervention. Incision transversale cutanée aponévrotique. On trouve un kyste para-ovarien gauche adhérent à la trompe et à l'utérus et prolabé dans le Douglas. Ablation de ce kyste. Hystéro-ligamentopexie.

La malade n'a été revue qu'une fois cinq mois après l'intervention; à ce moment l'utérus était en position normale.

Observation N° 20.

Mme B... Laure, 45 ans. 25 Mai 1926. La malade est vue pour dysménorrhée remontant à quelques années. Celle-ci s'accompagne de douleurs abdominales fugaces, variables en horaire et en intensité.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. L'utérus est en rétroversion fixée par des adhérences assez serrées mais qui sont libérées facilement. On fait une hystéro-ligamentopexie après ablation d'un petit kyste de l'ovaire.

Revue en mars 1928, Mme B... ne présentait pas de récurrence de sa déviation utérine.

Observation N° 21.

Mme L... Marie, 34 ans. 19 Juillet 1926. Elle est vue

à la suite d'une crise appendiculaire remontant à trois semaines. Troubles digestifs, constipation, pas de troubles génitaux; les règles sont régulières mais peu abondantes.

Toucher vaginal. Cul-de-sac latéral droit légèrement douloureux; les annexes sont perceptibles.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. L'appendice adhérent et légèrement enflammé est réséqué. On trouve un utérus en rétroversion légère avec ovaire droit scléro-kystique sur lequel on fait de l'ignipuncture. Hystéro-ligamentopexie.

Cette malade a été revue en décembre 1928. Au toucher vaginal les culs-de-sac sont souples et libres et l'utérus en bonne position.

Observation N° 22.

Mme H... Ida. 50 ans. Elle entre dans le service le 12 juillet 1926 pour prolapsus utérin. A l'examen le col apparaît à la vulve quand la malade pousse.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. On fixe l'utérus par hystéro-ligamentopexie à laquelle on associe une colpoperinéorrhaphie.

La malade a été revue fin 1928, il n'y avait pas de récurrence.

Observation N° 23.

Mme F... Georgette, 23 ans, 21 novembre 1926. La

malade nous est envoyée pour crises douloureuses abdominales localisées à la fosse iliaque droite.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. L'appendice est perdu dans un magma d'adhérences constitué par le péritoine, le rectum, les anses grêles et l'ovaire droit. Libération et ablation de l'appendice. L'utérus étant prolabé dans le Douglas on fait une hystéro-ligamentopexie.

Cette malade a été revue en janvier 1930 : aucun trouble; l'utérus est en bonne position.

Observation N° 24.

Mme L..., 35 ans. Mars 1927. Cette malade est envoyée pour appendicite aiguë. A l'interrogatoire on retrouve un passé génital assez chargé : douleurs dans le petit bassin; pertes blanches abondantes ayant pendant longtemps obligé la malade à se garnir, mais actuellement très atténuées.

Toucher vaginal. Le col est dévié en haut et à droite; les culs-de-sac latéraux sont comblés, surtout le gauche et également le postérieur.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation de l'appendice étranglé en son milieu. L'ovaire et la trompe gauches sont adhérents à l'utérus et à l'S iliaque; l'ovaire droit est adhérent à la face postérieure de l'utérus. On libère toutes ces adhérences. On enlève les annexes gauches et l'on conserve les droites. Hystéro-ligamentopexie.

Cette malade a été depuis lors revue deux fois par an. La rétrodéviatiou ne s'est pas reproduite. Pas de grossesse, mais elle n'en désire pas.

Observation N° 25.

Mme V... Jeanne, 31 ans. 9 Mars 1927. La malade consulte surtout pour pertes blanches abondantes, tachant le linge et pour douleurs de la face iliaque gauche.

Toucher vaginal. Le cul-de-sac gauche est douloureux et légèrement empâté, le cul-de-sac droit est souple; dans le cul-de-sac postérieur on sent la masse formée par le corps utérin que l'on mobilise avec le col.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. On enlève la trompe gauche malade; réduction de la rétroversion; hystéro-ligamentopexie.

Aucune récidiye de la déviation n'a été constatée lors d'un examen pratiqué en janvier 1931.

Observation N° 26.

Mme P..., 17 ans. 18 Mars 1927. La malade vient consulter pour troubles digestifs marqués et dont l'origine remonte à plus de deux ans : inappétence, état nauséux habituel, constipation, asthénie. Elle a été réglée assez tard et les règles sont douloureuses

et irrégulières. A la palpation abdominale toute la fosse iliaque droite est sensible.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation d'un appendice simplement un peu long et en position normale; l'utérus est complètement prolabé dans le Douglas où il est retenu par des adhérences; celles-ci sont libérées. Hystéro-ligamentopexie.

La malade a été revue en décembre 1930 : aucun trouble n'est réapparu; la rétroflexion ne s'est pas reproduite.

Observation N° 27.

Mme L... Avril 1927. La malade est envoyée pour un ensemble de troubles ayant fait poser le diagnostic d'appendicite chronique.

Toucher vaginal. On trouve simplement des culs-de-sac latéraux et postérieur légèrement sensibles.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. On enlève un appendice rétro-cœcal en position haute; on fait une plicature du cæcum. L'utérus est légèrement prolabé dans le Douglas; à droite ovaire scléro-kystique sur lequel on fait de l'ignipuncture. Hystéro-ligamentopexie.

Pas de récurrence lors d'un examen pratiqué en juin 1930.

Observation N° 28.

Mlle D... Nathalie, 20 ans. 7 Mars 1928. Une douleur persistante depuis longtemps de la fosse iliaque droite a fait poser le diagnostic d'appendicite chronique. Etat nauséeux accentué surtout dans les périodes qui précèdent les règles; celles-ci sont indolores mais peu abondantes; leucorrhées habituelles pendant les périodes intermenstruelles.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation d'un appendice rétro-cœcal normal sans adhérences. L'utérus est en rétroversion avec gros ovaire droit scléro-kystique. Hystéro-ligamentopexie.

La malade est revue en janvier 1931. Le toucher vaginal est alors possible et permet de constater que l'utérus est en bonne position; les règles sont plus abondantes; les pertes blanches n'apparaissent plus que rarement.

Observation N° 29.

Mlle C... 16 Avril 1928. On est appelé auprès de la malade pour une crise d'appendicite aiguë. Celle-ci, qui est la première, est assez légère s'étant manifestée simplement par quelques vomissements et une douleur assez vive de la fosse iliaque droite avec très peu de contracture. Pas de troubles génitaux antérieurs.

Toucher vaginal. Il est très douloureux dans les

culs-de-sac postérieur et latéral droit que l'on explore avec prudence. Les essais de mobilisation du col sont extrêmement douloureux.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Pas de sérosité dans la cavité abdominale. On enlève l'appendice qui est turgescent et coudé; il est légèrement adhérent aux anses grêles. L'utérus est en rétroflexion nette. Hystéro-ligamentopexie faite seulement par le point supérieur.

La malade revue en janvier 1931 présentait un utérus en position normale.

Observation N° 30.

Mme L... Joséphine. 3 Mai 1928. La malade est vue pour une hémorragie utérine assez abondante, à la suite d'un retard de règles de deux mois. On assiste à une fausse couche et on pratique ensuite un curetage pour extraction des débris placentaires.

La malade rentrée normalement chez elle quelques jours après, on est bientôt rappelé auprès d'elle pour reprise d'une hémorragie légère sous forme d'un suintement sanguin peu abondant mais persistant.

Le *Toucher vaginal* pratiqué permet de sentir l'utérus en rétroverso-flexion. On décide d'intervenir.

Intervention. Laparotomie par incision transversale cutané-aponévrotique. Les annexes gauches sont adhérentes; ovaire gros scléro-kystique, trompe volumineuse, turgescente, enflammée; castration gauche;

on réduit la rétroposition et on fait une hystéro-ligamentopexie.

Rien à signaler en décembre 1930, époque où la malade est revue pour la dernière fois.

Observation N° 31.

Mme R... Louise, 24 ans. 14 mai 1928. La malade nous est envoyée pour pertes blanches, dysménorrhée, douleur confuse de la fosse iliaque droite, avec irradiations dans les lombes et dans les cuisses, après une marche ou une fatigue prolongée. Elle accuse également quelques troubles gastro-intestinaux.

Toucher vaginal. Les culs-de-sac latéraux sont douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse qui est douloureuse et dont il est difficile de préciser la nature.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. Ovaires scléro-kystiques adhérents aux trompes et à l'utérus et prolabés dans le Douglas. L'appendice normal est enlevé. Hystéro-ligamentopexie.

Rien à signaler à la suite d'un examen pratiqué en décembre 1930.

Observation N° 32.

Mme L..., 34 ans. Juillet 1928. Il s'agit d'une femme obèse qui vient consulter pour douleurs pelviennes, procédant par crises l'obligeant parfois à s'aliter; les

règles sont très peu abondantes et très irrégulières. Le diagnostic d'appendicite chronique a été antérieurement porté par son médecin. Pas d'espoir de grossesse.

Toucher vaginal. La corpulence excessive de la malade le rend malaisé; l'utérus occupe le Douglas.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. Appendicectomie. Libération des adhérences du petit bassin; réduction de la déviation. Hystéroligamentopexie.

On a institué après l'opération un traitement opothérapique. La malade a maigri; ses règles se sont régularisées en horaire et en durée.

Etant donné l'impossibilité de rien obtenir de la malade au point de vue physique (gymnastique, hydrothérapie, bain de vapeur), on peut conclure que la modification heureuse de son état général est due à la pexie et au traitement opothérapique.

Observation N° 33.

Mme P... 10 Décembre 1928. On est appelé auprès de la malade pour crise douloureuse abdominale brutale avec vomissements et contracture. Dans le passé génital on relève une dysménorrhée ancienne s'accompagnant de leucorrhée avec hydorrhée. Sensation de pesanteur dans le petit bassin.

Toucher vaginal. Le col est dévié à droite et très

haut situé. Les culs-de-sac sont comblés, tendus et douloureux. On ne sent pas le corps utérin.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. On trouve un kyste de l'ovaire droit, tordu et du volume des deux poings; le corps utérin est déjeté à gauche. Ablation du kyste. Hystéro-ligamentopexie.

En novembre 1929, Mme P... a été enceinte. La grossesse a été menée à bonne fin; présentation du sommet en O. I. G. A. Accouchement spontané; délivrance normale. Après les suites de couches pas de récurrence de la rétrodéviation.

Observation N° 34.

Mme L.-V... Philomène, 27 ans. 11 Février 1929. La malade entre pour pertes blanches très abondantes, sales, malodorantes et dont le début remonte à plusieurs années. A la suite d'un accouchement il y a trois ans, métrorragies qui durent encore avec des moments d'acalmie et des périodes de recrudescence. Ténésme rectal accentué en décubitus dorsal; ténésme vésical à la suite de marche ou de station debout prolongée.

Toucher vaginal. Le col est gros sous la symphyse. Dans le Douglas, masse adhérente et douloureuse.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Annexes adhérentes au rectum et à l'utérus

qui est en rétroversion; libération de ces adhérences. Hystéro-ligamentopexie.

En janvier 1931, le toucher vaginal se révèle normal.

Observation N° 35.

Mme Q..., 76 ans. 22 Février 1929. La malade entre pour prolapsus utérin, avec rectocèle et cystocèle. Leucorrhées. Ténésme rectal et constipation opiniâtre. Troubles vésicaux et signes de cystite.

Toucher vaginal. On tombe immédiatement sur le col qui fait même saillie à l'extérieur si la malade pousse ou reste longtemps debout; ce col est légèrement ulcéré et entr'ouvert; l'utérus est mobile.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. Hystéro-ligamentopexie, à laquelle on associe une colpopérinéorrhaphie et une colporrhaphie antérieure.

La malade a été revue six mois après l'opération; le résultat était très satisfaisant.

Observation N° 36.

Mme L... Marcelle, 31 ans. 7 Avril 1929. La malade vient consulter pour pollakiurie dont le début remonte à quelques semaines. Elle accuse depuis quelque temps une sensation de pesanteur pelvienne. Elle

est habituellement constipée. Normalement réglée, cependant la dernière fois ses règles ont été extrêmement courtes. Leucorrhées habituelles.

Toucher vaginal. Le col est gros, déchiqueté, sous la symphyse. Le corps est dans le cul-de-sac postérieur.

Toucher rectal. La masse bombe dans le rectum et est mobilisable.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. L'utérus est en rétroversion, légèrement augmenté de volume. Les pédicules utéro-ovariens sont dilatés. Hystéro-ligamentopexie.

Revue le 25 janvier 1931. Au toucher l'utérus est en bonne position. Entre temps elle a accouché à terme, après grossesse normale.

Observation N° 37.

Mme B... Léontine, 31 ans. 13 juin 1929. Réglée à 15 ans : règles toujours douloureuses; pertes blanches constantes surtout avant les règles et s'accompagnant de coliques utérines légères, fugaces avec parfois irradiations surtout à droite, mais ne gênant que peu la malade. Mariée depuis neuf ans. Pas de grossesse; une fausse couche deux ans après son mariage.

Toucher vaginal. Le col est en position normale. Le cul-de-sac droit est empâté et douloureux, occupé par une masse se propageant dans le cul-de-sac pos-

térieur. Le palper abdominal profond permet de sentir le fond de l'utérus loin sous la symphyse.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. A droite annexité adhérente à l'utérus qu'elle entraîne dans le Douglas. A gauche petit kyste de l'ovaire; ignipuncture. Hystéro-ligamentopexie.

Cette femme vient d'accoucher sans incident d'un enfant de sept livres après grossesse normale.

Observation N° 38.

Mme C... Juin 1929. Cette malade est venue consulter pour stérilité. Ayant eu une grossesse normale il y a 7 ans elle n'a pu malgré son désir être à nouveau enceinte. Se plaint de douleurs pelviennes vagues.

Toucher vaginal. L'utérus parfaitement mobile est complètement basculé dans le cul-de-sac postérieur.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Appendicectomie et hystéro-ligamentopexie.

La malade est revenue d'elle-même six mois après l'opération pour réapparition des douleurs pelviennes. On constate la récurrence de la rétrodévi-ation.

Observation N° 39.

(Personnelle.)

Mme C... Marguerite, 33 ans. 22 Juin 1929. La malade est envoyée par son médecin pour appendice chronique; a eu trois crises, la dernière remontant à six semaines.

Toucher vaginal. Le col est en position normale. Les culs-de-sac sont sensibles. La mobilisation de l'utérus est douloureuse.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation d'un appendice à méso rétracté, adhérent au cæcum. Les annexes gauches sont repliées derrière l'utérus auquel elles sont reliées par des adhérences assez discrètes. Le corps utérin tombe dans le Douglas. Hystéro-ligamentopexie.

La malade revue en décembre 1930 va très bien; l'utérus est en position normale.

Observation N° 40.

(Personnelle.)

Mme G..., Andrée, 26 ans. 19 Juillet 1929. La malade vient consulter pour pertes blanches abondantes et tenaces; ses règles sont douloureuses surtout les premiers jours. Elle accuse des coliques utérines à type expulsif marquées surtout depuis une fausse couche faite dix mois auparavant, et à la suite de laquelle un curettage fut pratiqué. Consti-

pation habituelle et rebelle. Cet état gêne beaucoup la malade a tempérament nerveux. Il s'en suit de l'asthénie, de l'amaigrissement.

Mariée depuis 14 ans : une fillette de 8 ans.

Toucher vaginal. Le col est long, gros; l'utérus est en rétroversion fixée. Par le toucher rectal on sent le corps utérin tomber en arrière.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Utérus prolabé, maintenu dans le Douglas par des adhérences. Ignipuncture sur l'ovaire droit scléro-kystique; libération des adhérences. Appendicectomie. Hystéro-ligamentopexie.

Malade revue en janvier 1930. L'utérus est en position normale. Les douleurs ont disparu. La constipation est atténuée mais persiste encore.

Observation N° 41.

(Personnelle.)

Mme M..., Maris, 21 ans. 16 Janvier 1930. Réglée à 16 ans; règles habituellement douloureuses et peu abondantes, irrégulières. Leucorrhées assez abondantes.

Toucher vaginal. — L'utérus est en rétroversion libre.

Intervention. Laparotomie par incision cutané-aponévrotique transversale. Annexes normales; utérus très basculé en arrière. On enlève l'appendice un peu gros et coudé. Hystéro-ligamentopexie.

Revue en novembre 1930. Bonne position de l'utérus; les règles ne sont pas douloureuses.

Observation N° 42.

Mme L..., 22 Janvier 1930. Consulte pour métrite ancienne et rebelle avec douleurs pelviennes; ténesme rectal et constipation marquée.

Examen. Col gros, ulcéré; orifice légèrement entr'ouvert. Le cul-de-sac postérieur est occupé par le corps qui est gros.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. L'utérus est fixé dans le cul-de-sac postérieur où il est entraîné par un fibrome du fond. Myomectomie et hystéro-ligamentopexie.

Rien à signaler après un examen fait en janvier 1931.

Observation N° 43.

Mme M..., Jeanne, 43 ans. 17 février 1930. Prolapsus utérin léger, avec pollakiurie et ténesme rectal. Leucorrhées.

Toucher vaginal. On tombe immédiatement sur le col qui est gros, ulcéré, suintant, témoignant d'une métrite ancienne. L'utérus est mobile, les annexes libres.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Hystéro-ligamentopexie à laquelle on associe une amputation du col.

Revue six mois après; ne souffre plus. Constipation. Quelques pertes blanches. Pas de récurrence.

Observation N° 44.

Mlle S..., Février 1930. On est appelé pour crise subaiguë d'appendicite. Etat nauséux. Fosse iliaque droite douloureuse.

Intervention. Incision transversale cutanéoponévrotique. Ablation de l'appendice tumescent adhérent à l'iléon par des brides assez serrées qui ont déterminé des phénomènes de subocclusion. On réduit une rétroversion congénitale. Hystéroligamentopexie sur un utérus peu développé.

En janvier 1931, le toucher vaginal ne peut être pratiqué. Au toucher rectal on ne sent pas l'utérus. Aucun trouble génital.

Observation N° 45.

Mlle M..., 20 Mars 1930. La malade est vue pour troubles digestifs avec amaigrissement, constipation opiniâtre, douleurs abdominales caractérisées par une gêne constante avec coliques sans localisation. L'abdomen est sensible, surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

Toucher rectal. Il est douloureux; on sent l'utérus comprimant le rectum.

Intervention. Incision transversale cutanéoponév-

vrotique. Ablation d'un appendice gros et enroulé sur lui-même. Libération d'une bride péritonéale déterminant une coudure de l'iléon. L'utérus est rétrofléchi; hystéro-ligamentopexie.

Observation N° 46.

Mme L..., Suzanne, 28 ans. 20 Mars 1930. Mariée depuis 8 ans. Malgré son désir, pas de grossesse. Aucun trouble si ce n'est une constipation habituelle. Règles irrégulières non douloureuses. Leucorrhées sans caractères particuliers.

Toucher vaginal. Rétroversion libre, accusée. Le col est long, masqué derrière la symphyse.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Rien aux annexes, cependant les ovaires sont petits. Utérus dans le Douglas. Hystéro-ligamentopexie.

Revue en novembre 1930 pour grossesse en cours sans troubles spéciaux.

Observation N° 47.

Mme C..., Henriette, 24 ans. 31 Mars 1930. Entre pour rectocèle secondaire à une déchirure du périnée lors d'un accouchement en octobre 1928.

Intervention. Hystéro-ligamentopexie. Ablation de l'appendice. On fait de plus une colpoperinéorrhaphie.

Revue en septembre 1930 : va bien.

Observation N° 48.

Mme G..., 20 avril 1930. Est vue pour métrorragie consécutive à une fausse couche remontant à un mois. On fait un curettage. Dix jours après on trouve au *toucher vaginal* un utérus rétroversé avec cul-de-sac gauche douloureux et comblé. On décide d'opérer.

Intervention. Les annexes gauches adhérentes à la face postérieure de l'utérus, l'entraînent dans le Douglas. Ovaire droit scléro-kystique, salpingectomie et ovariectomie gauche. Hystéro-ligamentopexie. Appendicectomie.

En janvier 1931, le *toucher vaginal* pratiqué est normal.

Observation N° 49.

Mme P..., Marguerite, 39 ans, 8 Novembre 1930. Prolapsus utérin et recto-vésico-vaginal secondaire. Déchirure étendue ancienne du périnée, allant de la fourchette à l'anus sans intéresser le sphincter anal. Utérus de volume moyen dont on voit apparaître le col à l'orifice vulvaire quand on fait pousser la femme.

Au *toucher vaginal*, les culs-de-sac sont libres.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Hystéro-ligamentopexie à laquelle on associe une colpopérinéorrhaphie et une colporrhaphie antérieure.

Revue en janvier 1931, pas de récurrence.

Observation N° 50.

(Personnelle.)

Mme C..., Eugénie. 39 ans. 10 novembre 1930. A fait une fausse couche il y a deux ans. Depuis pertes sanglantes parfois abondantes, avec douleurs.

Toucher vaginal. Le col est entr'ouvert, en position normale. L'utérus un peu gros est fixé dans le cul-de-sac postérieur. Je fais un curettage sous anesthésie générale et tente en vain, par manœuvres externes la réduction de la rétroversion.

Quelques jours après, à la demande de la malade, j'interviens par incision transversale. L'utérus est un peu rouge avec adhérences postérieures au niveau des trompes encore enflammées. Hystéro-ligamentopexie.

Revue en janvier 1931 la malade allait très bien.

Observation N° 51.

Mme B..., 17 novembre 1930. Envoyée pour appendicite chronique : troubles digestifs, constipation, sensation douloureuse de toute la fosse iliaque droite, en particulier à la palpation profonde qui réveille une douleur assez vive au Mac Burnay. Plusieurs crises antérieures.

Intervention. Ablation d'un appendice long et en masse adhérent aux anses voisines et aux annexes

droites par des tractus assez serrés; méso épais. On libère ces adhérences. On réduit l'utérus rétrofléchi; hystéro-ligamentopexie.

Rien à signaler après un examen pratiqué fin janvier 1930.

Observation N° 52.

(Personnelle.)

Mme B..., Suzanne, 27 ans, 22 Novembre 1930. La malade est vue pour pertes blanches, dysmennorrhée, douleurs pelviennes surtout marquées à droite et accentuées par la fatigue. Règles régulières s'accompagnant de coliques utérines et parfois d'expulsion de caillots.

Toucher vaginal. Le cul-de-sac postérieur dans lequel on sent l'utérus est douloureux.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Les ovaires sont prolabés et fixés dans le Douglas où ils entraînent l'utérus auquel ils sont adhérents; libération des adhérences et hystéro-ligamentopexie.

L'utérus est en bonne position à un examen fait en janvier 1931.

Observation N° 53.

(Personnelle.)

Mlle B..., Gabrielle, 15 ans. 11 Décembre. La ma-

lade est envoyée pour douleur de la fosse iliaque droite constante depuis un mois; état nauséux; mic droite constante depuis un mois; état nauséux; mictions difficiles. Règles normales.

Examen. Douleur de la fosse iliaque droite au point de Mac Burnay.

Intervention. Laparotomie par incision transversale cutané-aponévrotique. Ablation d'un appendice rétro-cæcal. Utérus dévié à droite et un peu en arrière par allongement du ligament rond gauche. Raccourcissement isolé de ce ligament suivi d'une hystéroligamentopexie par le procédé habituel.

Sortie normalement le 24 décembre.

Observation N° 54.

Mme B..., 28 janvier 1931. La malade est envoyée pour appendicite chronique; la dernière crise remonte à six semaines auparavant. Troubles gastro-intestinaux. Constipation. Pas de troubles génitaux.

Toucher vaginal. Le col est plaqué derrière la symphyse. L'utérus est rétroversé et fixé.

Intervention. Incision cutané-aponévrotique transversale. Ablation d'un appendice rétro-cæcal adhérent sur toute sa longueur. Libération des adhérences de l'utérus; réduction de la rétroversion et hystéroligamentopexie.

Observation N° 55.

Mme B..., 1^{er} Février 1931. La malade vient consulter pour stérilité, et de plus se plaint de douleurs abdominales assez vives; règles également douloureuses.

Toucher vaginal. Les deux culs-de-sac latéraux sont douloureux; l'utérus est nettement perceptible en arrière.

Intervention. Incision transversale cutané-aponévrotique. Appendice véritablement enfoui dans le cæcum. Adhérences épiploïques au cæcum et à tout le colon ascendant jusqu'à l'angle hépatique. Dissection au bistouri des adhérences; ablation de l'appendice; enfouissement et péritonisation du cæcum. Les annexes gauches malades sont enlevées; ouverture de la trompe droite et fixation du pavillon. Hystéroligamentopexie.

CHAPITRE II.

DISCUSSION ET RESULTATS

Nous avons rapporté 55 observations inédites. En réalité nous aurions pu en reproduire plus du double; mais nous avons tenu à ne mentionner que celles concernant des malades revues depuis l'opération. On peut voir que celles-ci, classées par ordre chronologique, sont échelonnées de Juin 1918 à Février 1931.

En examinant ces observations, il est facile de constater qu'elles peuvent être, si l'on peut dire, classées en quelques groupes assez schématiques. Parmi elles certaines nous ayant paru plus démonstratives seront brièvement rappelées.

C'est ainsi que 21 malades ont été vues pour appendicite; chez celles-ci la rétrodéviatio n a été parfois diagnostiquée, parfois s'est révélée comme une découverte opératoire. En particulier l'observation 15 nous a paru présenter un intérêt. Elle se montre comme un des cas particulièrement heureux, où malgré deux fausses couches criminelles, ayant nécessité chacune un curettage, et malgré une deuxième laparotomie, la rétroversion ne s'est pas reproduite.

Vingt-deux autres cas se rapportent à des femmes vues pour rétrodéviatio. Six de ces observations nous montrent des rétroversions post-partum ou abortum. En particulier les observations 30 et 48, calquables l'une sur l'autre, sont celles de deux malades, ayant fait une fausse couche et chez lesquelles la déviation a été immédiate. Au contraire dans les observations 37, 40, 50, la rétroversion ne s'est produite que plus tardivement ou tout au moins ne s'est manifestée objectivement que longtemps après la fausse couche. L'une d'elle (Observ. 37) nous permet de rapporter une grossesse consécutive à la pexie. Celle-ci se produisant 7 ans après la déviation semble bien montrer qu'elle n'a été permise que par la correction de cette déviation. Enfin l'observation 32 d'une femme encore jeune, déjà obèse, nous paraît significative, puisque l'hystéro-ligamentopexie, et le seul traitement opothérapique ont amené chez elle un tel changement que son obésité a rétrocedé.

Chez cinq autres malades, dont deux âgées (observ. 22, 35), l'hystéro-ligamentopexie a été faite associée à une colpopérinéorrhaphie pour cure d'un prolapsus utérin. Ces cas sont du reste sans histoire.

Trois autres sont plus particulières (observations 13, 28, 31). Leur histoire clinique en effet en imposait pour une appendicite chronique, avec tout son cortège de signes : état nauséux, troubles gastro-intestinaux, constipation, douleur de la fosse iliaque droite; en réalité on a trouvé un appendice normal, et seule la déviation était en cause, puisque sa correction a fait céder les troubles.

Nous ne voulons pas passer sous silence les deux récidives des observations 11 et 38. (Une statistique ne doit pas être à « sens unique »).

La première a été constatée en avril 1930, chez une femme opérée en 1925. La deuxième plus rapide, s'est produite en juin 1930, six mois après l'opération. C'est alors du reste que le catgut, dont l'irrégulière résorbition est peut-être incriminable, a été remplacé par le fil de lin.

Nous n'affirmons du reste pas l'impossibilité d'autres récidives; mais ce sont les deux seuls cas qui soient venus à notre connaissance.

RESULTATS OBSTETRICAUX

Enfin au point de vue obstétrical neuf observations peuvent retenir notre attention.

Nous venons de commenter l'observation 1, et n'y reviendrons pas. Nous ne pouvons que simplement mentionner les observations 2 et 9, car il n'est pas prouvé que la déviation était la cause de la stérilité, pas plus que nous ne pouvons affirmer que c'est à sa correction qu'est due la grossesse survenue dans les deux cas, peu de temps après le mariage, longtemps après l'opération. Dans l'observation 7 nous notons encore trois grossesses chez une femme qui était avant manifestement stérile. Nous avons déjà parlé de l'observation 15, où deux grossesses ont été commencées et qui n'ont été interrompues qu'à la suite de manœuvres criminelles. Dans les observations 33, 36, 37, une grossesse normale est relevée; on en note une en évolution dans l'observation 46.

Il n'est pas dans notre intention de démontrer que seule la reposition normale de l'utérus a pu permettre ces grossesses consécutives à l'opération, mais seulement de constater qu'après elles, parfois répétées chez la même femme, la position de l'utérus s'est, maintenue normale.

Nous tenons à ajouter que le développement de

l'utérus gravide n'a jamais été entravé, que les présentations ont toujours été normales, les accouchements spontanés, les délivrances sans incidents. D'autres grossesses ont pu se produire chez des femmes opérées, sans qu'il nous ait été donné de les revoir.

D'autre part, cinq femmes ont été vues pour stérilité. (Observations 1, 7, 38, 46, 55). La première est probante, la malade ne pouvant avoir d'enfant après plusieurs années de mariage, et faisant rapidement après l'hystéro-ligamentopexie, une fausse couche accidentelle suivie de trois grossesses normales.

CONCLUSIONS

Les hystéropexies ont pour but de restituer à l'utérus sa statique normale sans compromettre ses fonctions physiologiques et en causant le moins de troubles possibles.

Les hystéropexies directes sont des opérations anti-physiologiques parce que :

1. Elles peuvent créer des situations pathologiques : adhérences, torsions, flexions forcées, etc. .

2. Elles procèdent d'un principe faux : l'immobilisation d'un organe dont la mobilité normale est une nécessité physiologique.

3. Elles peuvent être dangereuses en cas de grossesse et doivent être proscrites pendant toute la période active de la vie génitale de la femme, leur emploi pouvant conduire à de graves complications obstétricales : avortements, présentations vicieuses, opérations césariennes, ruptures utérines, hémorragies.

Les hystéropexies indirectes ou ligamentaires sont :

1. Des opérations conformes aux exigences physiologiques.

2. Elles suffisent à toutes les modalités cliniques.

3. Elles ne présentent aucun danger, tant au cours de la grossesse, que pendant le travail, l'accouchement, la délivrance. Mais elles risquent, parfois même en dehors de toute gravidité, de permettre la repro-

duction de la déviation par allongement secondaire des ligaments ronds; cet allongement étant imputable soit aux tiraillements au cours du développement de l'utérus, soit à la mauvaise qualité des tissus.

Aussi parmi elles le procédé d'hystéro-ligamentopexie que nous avons décrit en détails nous paraît-il devoir donner les meilleurs résultats possibles et cela pour les raisons suivantes :

1. La reposition de l'utérus est normalement obtenue.

2. La mobilité physiologique est intégralement conservée.

3. Le procédé est applicable à tous les âges, tout aussi bien pendant la période active de la vie génitale, que chez la femme ménoposée et chez les sujets âgés, où l'association à la colpopérinéorrhaphie donne les meilleurs résultats dans les prolapsus génitaux.

4. Au point de vue obstétrical il ne présente aucun inconvénient, aussi bien au cours de la grossesse, que pendant le travail, l'accouchement et la délivrance.

5. La reconstitution des moyens de fixité de l'utérus par un néo-ligament composé à la fois des ligaments ronds et du feuillet antérieur du ligament large, permet au maximum d'éviter la reproduction de la déviation.

Vu : le Président de la Thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

A

- ALEXANDROFF. Rétroflexio-opération (Centralbl. f. Gynäk, 1903.
- AUBERT. L'hystéropexie par amarrage des ligaments ronds à l'aponévrose. Rev. Fr. Gyn. Obs., 1920.
- AUVRAY. Complications après fixation de l'utérus à la paroi par les ligaments ronds. Soc. Obst. Gyn., Paris, 1924.

B

- BALDY. Rétrodisplacement of the uterus and their treatment. N. Y. Med. Journ., 1903.
- BAR. La rétroversion de l'utérus gravide. J. des P., 1910.
- BARSBY. Résultats éloignés de la ligamentopexie abdomino-utérine pour rétroversion mobile chez les femmes jeunes. XXI^e Congrès franç. de Chirurgie. Paris, 1908.
- BARSE. Des opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et de leurs résultats. Th. Montp., 1905.
- BAUDOUIN. Hystéropexie abdominale antérieure et opération sus-pubienne dans les rétrodéviations de l'utérus. Th. Paris, 1890.
- BECKERS. Traitement des déviations utérines. Bruxelles Médical, 1927.
- BEGOUIN. De l'hystéropexie abdominale. Th. Bordeaux, 1892.
- BÉGOUIN et SAVARIAUD. Congrès français de Chirurgie, 1923.
- BERRUYER. L'hystéropexie abdominale antérieure par le traitement des rétrodev. utérines. Contribution à l'étude des résultats éloignés. Th. Lyon, 1895.
- BIENFAIT. Les déplacements de l'utérus en arrière. Gaz. de Gynéc., 1897.
- BLOCH. Etude clinique sur la cause la plus fréquente et la moins connue des déviations utéro-annexielles et des douleurs qu'elles engendrent. Th., Paris, 1897.
- BOISE. Rétroversion de l'utérus, pathologie et traitement. Th. Amer. J. of Obstr., Nov. 1895.

- BOUFFANDEAU. De l'hystéropexie abdominale par le procédé de Larrooyenne. Th. Lyon, 1894.
- BOUILLY. Bulletin et mém. de la Société de chirurgie, 1898.
- Affections chirurgicales de l'utérus. Encycl. intern. de chirurgie. T. VII.
- Déviations utérines. Communication au Congrès de Gyn. Obst. et Ped. de Bordeaux. Août 1895.
- Symptômes et traitements des rétrodéviations non compliqués. La Gynécologie 1896.
- De la dysménorrhée chez les jeunes femmes et les jeunes filles. La Gynécologie, 1902.
- BOURSIER. Les flexions utérines dans leurs rapports avec la stérilité. Th. Bordeaux 1902-03.
- Précis de gynécologie. Paris, 1908.
- BOVIS (DE). De l'hypoplasie utérine. Sem. Méd. 1908.
- BRODHEAD. Rupture utérine au cours d'un accouchement chez une femme hystéropexiée. N. Y. Obst. Society 1901. Voir A New Journ. of Obst. Juil. 1901.
- BYFORD. A new method of shortening the round ligament intraperitoneally for retroversion J. Am. M. Ass. Chicago 1903.

C

- CHAPUT. Semaine médicale, 1892.
- CLERC. Traitement de la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. Th. Paris 1900.
- CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNEC. ET D'OBST., Genève, 1896.
- COTTE et CHEYSSSEL. Journal de chirurgie.
- COUVELAIRE. Stérilité chez la femme. Progrès méd. Paris, 1920.
- COUVELAIRE, SECOND et PINARD. Utérus partiellement en rétro-latéro-déviations. Soc. Obst. Gynec. Ped., 1903.
- CURNIER. Contribution à l'étude de l'hystéropexie et de ses procédés opératoires. Th. Lille 1902.
- CHALOT et CESTAN. Chirurgie et technique opératoire, 1906.

D

- DALCHE. Dysménorrhée des jeunes femmes. Gaz. Hop., 1904.
- DARTIGUES. Nouveau procédé de raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. Presse Méd., 7 avril 1900.
- DÉJARDIN. Procédé nouveau d'hystéro-ligamentopexie abdominale. Ann. Soc. Belge de chir., 1900.

- Traitement du prolapsus utérin et ligamentopexie abdominale. Arc. Prov. de chirurgie, 1900.
- DELAGENIÈRE. Hystéropexie ou suspension de l'utérus à la paroi abdominale. Th. Paris 1890.
- Des opérations qui se pratiquent sur les ligaments de l'utérus. Arc. Prov. de chirurgie, 1898.
- DELBET. Traité de chirurgie Duplay et Reclus, 1892.
- DEROYE. De la rétroflexion primitive de l'utérus. Th. Paris, 1910.
- DICKINSON. Rupture utérine au cours d'un accouchement après hystéropexie. N. Y. bst. Society, 1901. V. Amer. Journ. of Obst. Juil. 1901.
- DOLÉRIS. Leçons sur les déviations utérines. Prat. Méd., 1888.
- Raccourcissement des ligaments ronds. Soc. Obst. et de Gyn. de Paris. 11 avril 1889.
- Pathogénie et traitement des déviations utérines. Nouv. Arch. d'obst. et Gynec., 1890.
- Statique utérine et plancher pelvien, 1890.
- Traitement chirurgical de la rétroversion. Résultats de 88 cas. La Gynécologie, 1898.
- Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par inclusion pariétale. La Gynécologie, 1898.
- Bulletin médical, 1901.
- La Gynécologie, 1902.
- Bulletin médical, 1902.
- Métrites et fausses métrites. Paris, 1902.
- Congrès de Rouen, 1904.
- DUPLAY et CHAPUT. Arch. Gén. de Méd. 1889.
- DUPLAY et RECLUS. Traité de Chirurgie. T. VIII.
- DURET. Des déviations utérines. Bull. Méd. 21 août 1895.
- DUVAL. Presse Médicale. 22 novembre 1902.
- DUVERGEY. Des dangers éloignés de l'hystéropexie abdominal. Gaz. hebdomadaire des Soc. Méd. de Bordeaux, 1920.

E

- EDWARD. Déviations latérales et postérieures de l'utérus. Signification clinique et traitement. Brooklyn méd. J. Sept. 1903.
- EPANIER et MICHON. Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation. Lyon médical, 1925.

F

- FAUCON. Note sur un nouveau procédé de suture dans l'hys-

téropexie. Bull. Acad. Roy. de Méd. de Belgique, 1890.
FAURE. La Gynécologie, 1903.

—— Sur l'incision transver. dans la laparotomie, 1928.

FAURE et SIREDEY. Traité de Gynécologie.

FERRY. Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intra-péritonéale par les ligaments ronds dans les rétrodéviations. Th. Paris, 1906.

FIGUIRA. Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse. Th. Paris, 1903. La Gynécologie, 1903.

FOIX. Des rétrodéviations utérines adhérentes et de leur traitement. Th. Bordeaux, 1893.

FORESTIER. Contribution à l'étude de l'anteflexion congénitale de l'utérus. Th. Paris, 1907.

FRAIPONT. Du traitement de la rétroversion utérine fixée par des adhérences. Ann. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. Mars 1889.

FRANCILLON, LOBRE et DALSACE. Diagnostic et traitement de la stérilité d'origine tubaire. Bull. Méd., 1927.

FREDET. Péritoine des organes génitaux. Un traité Anatomie de Poirrier.

FUMEY. Du traitement des rétrodéviations. Raccourcissement intra abdominal des ligaments ronds. (Procédés Doléris). Th. Paris, 1900.

FUNK BRUNTANO et PLANCHU. Rapport sur le traitement de la stérilité chez la femme. XV^e Congrès Soc. d'obst. France, 1912.

FRUHZHOLZ. Traitement de la rétroversion à son début. Paris Médical, 18 juin 1927.

—— Documents sur la rétroversion utérine précoce du post-partum. Revue méd. de l'Est, 1^{er} avril 1928.

G

GALLAIS. Oblitération du Douglas dans les rétrodéviations. Th. Paris, 1927.

GOVIN. Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical. Th. Paris, 1904.

GUIBÉ. Chirurgie de l'abdomen. (Technique chirurgicale des Prosecteurs).

H

HIVET. Contribution à l'étude du traitement des rétrodévia-

tions de la matrice par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Th. Paris, 1901.

J

JABOULAY. Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.

JACOBS. Des hystéropexies : leur influence sur la gravidité. Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1904.

JEANNIN. De l'hystéropexie abdominale. Th. Lyon, 1895.

JONNESCO. Traitement opératoire des rétrodéviations. Arm. de Gyn. et d'Obst., 1897.

K

KEIFFER. Pathologie des déviations utérines. La Clinique, Bruxelles, 1896.

L

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. Traité de Gynécologie médico-chirurgical.

LAFOURCADE. Des rétrodéviations utérines. La Clinique, 1906.

LANCHON. Sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. Procédé de Wylie. Th. Paris, 1900.

LAPOINTE. Signes et Diagnostic des rétrodéviations de l'utérus. La Clinique, Mai 1908.

LAROYENNE. Nouveau traitement de l'antéflexion de l'utérus par l'Hystéropexie. VIII^e Congrès français de chirurgie. Lyon, 1894.

LECÈNE et LERICHE. Traité de thérapeutique chirurgicale.

LE DENTU. Du traitement des rétrodéviations. Bull. Méd., 1894.

— Des rétrodéviations. Sem. Gyn., 1901.

— De la rétroversion utérine. Clinique de l'Hôtel-Dieu, voir Presse Médicale, 21 février 1906.

LEGUEU. Modification à la pose des fils dans l'hystéropexie. Sem. Gyn., 1896.

LÉON. Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale au point de vue de la grossesse. Th. Lyon, 1894.

M

MARCHAND (GÉRARD). Presse Médicale, 1901.

MARION. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1909.

—— Manuel de technique chirurgicale, 1908.

MONOD et VANVERTS. Traité de technique opératoire. Tome II.

MONTPROFIT. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Anjou Méd., 1900.

MONER. Du traitement des rétroversions utérines. Médecins Français. Sept. 1928.

N

NAULLEAU. Ligamentopexie par le procédé de C. Beck. Th. Paris, 1900.

NEUGEBAUER. Rétroversion utérine et appendicite. Centralbl. F. Gyn., 1903.

O

OLSHAUSEN. Über ventrale suspension bei prolapsus und retroversio uteri. Congrès des naturalistes allemands. Berlin, 20 septembre 1886.

—— Traitement des rétrodéviations de l'utérus. Berlin, 1898.

—— Du traitement des rétrodéviations utérines. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., 1905.

—— Contribution à l'étude de la rétroflexion utérine puerpérale. Centralbl. f. Gyn., 1908.

OUI. Hystéropexie envisagée au point de vue de son influence sur les grossesses ultérieures. Congrès de Obst. Gyn. ped. Rouen, 1904.

ORTODOXU. Ligamentopexie et hystéropexie dans les rétrodéviations utérines. Th. Paris, 1902.

P

PARRICAL DE CHAMMARD. De la rétroversion et de la rétroflexion de l'utérus, de leur traitement. Th. Paris, 1886.

PASCALIS. Pratique chirurgicale, 1926.

PAUCHET. Sur la technique de l'hystéropexie à l'âge de la fécondation. L'incision transversale en gynécologie. La Gynécologie, janv. 1931.

PÉRICHON. Contribution à l'étude du traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus. Th. Paris, 1899-1909.

PETIT. A propos de la technique du raccourcissement intra-péritoneal des ligaments ronds. Sem. Gyn. 1898.

PICHEVIN. A propos de la rétroversion utérine. Sem. Gyn., 1898.

— A propos de l'hystéropexie abdominale. Sem. 1903.

— Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.

— Les rétrodéviations chez les jeunes mariées.

PELAVSKY. Hystéropexie abdominale par le procédé de Doleris; résultats éloignés. Th. Paris, 1915.

PICQUANT. Revue de Gynécologie.

PICQUÉ. Du traitement de la rétroflexion utérine en général et de la rétroflexion adhérente en particulier. Rev. gen. de clin. et de therap., 1889.

PIERREFOND (CH. DE). Contribution à l'étude des prolapsus génitaux. Th. Paris, 1904.

PIRAS. De l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité. Th. Paris, 1896.

PIQUANTIN. Des déviations utérines considérées comme obstacle à la fécondation. Th. Paris, 1873.

POPOFF. De l'hystéropexie dans les rétrodéviations. Th. Genève, 1901.

PORTES. Stérilité. Gaz. méd. de France, fév. 1930.

POZZI. Hystéropexie contre la rétroflexion et le prolapsus. Gaz. méd. de Paris, 1888.

— Rapport sur une observation de Picqué. Soc. chir., Paris, 1889.

— Traité de gynécologie.

— Des indications du traitement opératoire dans les rétrodéviations de l'utérus. Rev. de Gyn. et de Chir. abd., 1897.

PROUST. Chirurgie de l'appareil génital de la femme. (Précis de technique opératoire des Prosecteurs).

R

RENAUD. L'incision transversale cutané-aponévrotique dans les laparotomies sous-ombilicales.

RENAUD-HUE. Revue de gynécologie, janv., fév. 1908.

REYMOND. Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites. Th. Paris, 1895.

— XXI^e Congrès français de chirurgie.

RICHELOT. Chirurgie de l'utérus.

— Il faut redresser les rétroversions. La Gyn., 1905.

— La rétroversion utérine. Union médicale, 1891.

- Nature et traitement de la rétroversion utérine. *Ann. de Gyn.* Nov. 1898.
- Sur les traitements de la rétroversion utérine. Raccourcissement des ligaments ronds par inclusion pariétale. *La Gyn.*, 1900.
- Traitement des rétrodéviations utérines. *Sem. Gyn.*, 1905.
- ROSNER. Hystéropexie et gestation. *Gynec. et Obst.* Paris, 1902.
- ROUSSEAUX. Du traitement de certains prolapsus utérins par l'oblitération du cul de sac de Douglas. *Th.* Paris, 1908.

S

- SAZERAC DE FORGE. Contribution à l'étude des ligamentopexies. Intérêt au point de vue obstétrical. *Th.* Paris, 27.
- SCHULTZ. Traité pratique des déviations utérines traduit par Hergott, Paris, 1884.
- SCHULTZ, LECÈNE. Traité d'anatomie humaine.
- SCHWARTZ. Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. *Rev. de chir.*, 1889.
- SÉNÉCHAL. *Gaz. méd.* Paris.
- Congrès français de chirurgie, XXVIII^e session.
- L'incision transversale cutané-aponévrotique sus-pubienne, 1928.
- SÉNÉCHAL et ENGEL. *Gaz. Méd.* Paris, 1912.
- SIMOËS. Des rétroversions mobiles; de leur traitement par l'opération d'Alquier-Alexandroff. *Th.* Paris, 1897.
- SIMPSON. Intra-peritoneally anterior fixation of the round ligaments for posterior uterine displacements. *Am. Journ. of Obst.*, 1903.
- SIREDEY. Les rétrodéviations de l'utérus. (Confer. faite à la Fac. de méd. de Paris, 4 mars 1926.
- SPINELLI. Procédé d'hystéropexie médiate pour la cure de la rétroversion utérine. *Ann. Gyn. et Obst.*, 1900.
- STANKIEVICZ. Du traitement des rétroversions par le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds. XXII^e Congrès Intern. de méd. Paris, 1900.

T

- TERRIER. Trois observations de ventro-fixation pour rétroversion utérine douloureuse avec ou sans ablation des annexes. *Bull. Soc. chir.*, 1889.

TESTUT. Anatomie topographique : rapports de l'utérus; rapports du rectum pelvien chez la femme.

TESTUT et JACOB. Anatomie topographique.

THEVENOT. De la rétroflexion de l'utérus chez les femmes, récemment accouchées. Ann. Gyn. et Obst., 1880.

THIEUX. Contribution à l'étude de l'hystéropexie. Th. Montpellier, 1900.

TILLAUX. De la rétroflexion utérine. Ann. Gyn. Obst., 1889.

TRAITÉ DE CHIRURGIE. Le Dentu et Delbet. T. X.

TRAITÉ DE CHIRURGIE. Duplay et Reclus. T. VIII.

TRELAT. Annales de Gynécologie, 1889.

—— Des rétroversions et rétroflexions de l'utérus et de leur traitement. Sem. méd., 1888.

—— Clinique chirurgicale. T. II, 1891.

V

VAILLE. Contribution à l'étude anatomique, pathogénique et clinique des rétrodev. utérines. Th. Paris, 1906.

VILLARD. Traitement de la rétroversion utérine par le raccourcissement des ligaments ronds. Rev. prat. obst. et Gyn., Paris, 1904.

VINOT. De la douleur dans les rétrodéviationes utérines. Th. Paris, 1898-99.

TABLE DES MATIERES

<i>Préambule</i>	1
------------------------	---

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

<i>Historique</i>	3
<i>Anatomie Physio-pathologique</i>	4
A. Antéversion	6
B. Antéflexion	7
C. Rétroversion	8
D. Rétroflexion	9

CHAPITRE II.

<i>Etude clinique : Déviations</i>	12
Prolapsus génital	21
Stérilité	24
Rétrodévations et Grossesse	26
<i>Indications générales</i>	28

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

<i>Revue des Procédés</i>	29
I. Hystéropexies directes	30
Voie vaginale	30
Voie abdominale	31
II. Hystéropexies indirectes	36
Voie vaginale	37
Voie abdominale	38

CHAPITRE II.

<i>Critique et Discussion des Procédés</i>	45
<i>Inconvénients obstétricaux</i>	50

CHAPITRE III.

I. <i>Procédé Sénéchal par Hystéroligamentopexie</i>	55
Description détaillée de la Technique opératoire ..	56
II. <i>Avantages de ce Procédé</i>	63
Avantages obstétricaux	65
III. <i>Soins post-opératoires médiateurs</i>	67

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER.

<i>Observations</i>	69
---------------------------	----

CHAPITRE II.

<i>Discussion et Résultats</i>	105
<i>Résultats obstétricaux</i>	109
<i>Conclusions</i>	111
<i>Bibliographie</i>	113
<i>Table des Matières</i>	123

